|  |  |
| --- | --- |
| ……………… ……………… Số:    /GKSK-……… | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM** **Độc lập – Tự do – Hạnh phúc** |

**GIẤY KHÁM SỨC KHỎE**

(Ảnh 4 x 6cm) Họ và tên (chữ in hoa): ………….……………………………….………

Giới:          Nam □          Nữ □         Tuổi:………………………….

Số CMND hoặc Hộ chiếu: …………………….. cấp ngày……/…./…………..

tại……………………………….

Chỗ ở hiện tại:………………………………………………………..…………

………………………………..…………………………..…………….…………

Lý do khám sức khỏe:………………………………………………………………..

**TIỀN SỬ BỆNH CỦA ĐỐI TƯỢNG KHÁM SỨC KHỎE**

**1. Tiền sử gia đình:**

Có ai trong gia đình ông (bà) mắc một trong các bệnh: truyền nhiễm, tim mạch, đái tháo đường, lao, hen phế quản, ung thư, động kinh, rối loạn tâm thần,  bệnh khác:

a) Không  □;  b)  Có   □; Nếu “có”, đề nghị ghi cụ thể tên bệnh:………………………………………………

2. Tiền sử bản thân: Ông (bà) đã/đang mắc bệnh, tình trạng bệnh nào sau đây không: Bệnh truyền nhiễm, bệnh tim mạch, đái tháo đường, lao, hen phế quản, ung thư, động kinh, rối loạn tâm thần, bệnh khác: a) Không       □;  b)  Có   □

Nếu “có”, đề nghị ghi cụ thể tên bệnh:  …………………………….

**3. Câu hỏi khác (nếu có):**

a) Ông (bà) có đang điều trị bệnh gì không? Nếu có, xin hãy liệt kê các thuốc đang dùng và liều lượng:

……………………………………………………………………………………………

b) Tiền sử thai sản (Đối với phụ nữ): ……………………………………………

|  |  |
| --- | --- |
| Tôi xin cam đoan những điều khai trên đây hoàn toàn đúng với sự thật theo sự hiểu biết của tôi. | …………….. ngày ………. tháng………năm……………. **Người đề nghị khám sức khỏe** (Ký và ghi rõ họ, tên) |

**I. KHÁM THỂ LỰC**

Chiều cao:  …………………cm;   Cân nặng: ………… kg;   Chỉ số BMI: …………..

Mạch: ……………lần/phút;        Huyết áp:…………… /…………… mmHg

Phân loại thể lực:………………………………………………………………………………

II. KHÁM LÂM SÀNG

| **Nội dung khám** | **Họ tên, chữ ký của Bác sỹ** |
| --- | --- |
| 1. Nội khoa a) Tuần hoàn: ………………………………….   Phân loại ……………………………………….. b) Hô hấp: …………………………………….   Phân loại . ……………………………………. c) Tiêu hóa: ………………………………………   Phân loại ……………………………………… d) Thận-Tiết niệu: ………………………………   Phân loại ……………………………………….. đ) Cơ-xương-khớp: . …………………………..   Phân loại …………………………………….. e) Thần kinh: …………………………………   Phân loại ………………………………………… g) Tâm thần: ……………………………………….  Phân loại ……………………………………… 2. Ngoại khoa: …………………………………..   Phân loại ………………………………………. 3. Sản phụ khoa:  ………………………………..   Phân loại …………………………………………. 4. Mắt: – Kết quả khám thị lực: Không kính:  Mắt phải:…..  Mắt trái: ……                     Có kính:     Mắt phải: …………. Mắt trái: …………– Các bệnh về mắt (nếu có): ………………….. – Phân loại: . …………………………………. 5. Tai-Mũi-Họng – Kết quả khám thính lực: Tai trái:    Nói thường:….. m;    Nói thầm:…..m Tai phải:  Nói thường:……… m;     Nói thầm:……………m – Các bệnh về tai mũi họng (nếu có):…………………………… – Phân loại: …………………………………………………. 6. Răng-Hàm-Mặt – Kết quả khám: + Hàm trên:. ………………..                            + Hàm dưới: ………………. – Các bệnh về Răng-Hàm-Mặt (nếu có)……. – Phân loại: ………………………………….. 7. Da liễu: ……………………………………..   Phân loại:……………………………………. |   ……………………………………. …………………………………… …………………………………… …………………………………… …………………………………… …………………………………… …………………………………… …………………………………… …………………………………… …………………………………… …………………………………… …………………………………… …………………………………… …………………………………… …………………………………… …………………………………… …………………………………… …………………………………… …………………………………… …………………………………… …………………………………… …………………………………… …………………………………… …………………………………… …………………………………… …………………………………… …………………………………… …………………………………… …………………………………… ………………………………….. ………………………………….. ………………………………….. ………………………………….. ………………………………….. ………………………………….. ………………………………….. ………………………………….. ………………………………….. |

| **Nội dung khám** | **Họ tên, chữ ký** **của Bác sỹ** |
| --- | --- |
| 1. Xét nghiệm máu: a) Công thức máu: Số lượng HC: …………………                                   Số lượng Bạch cầu: ……………..                                Số lượng Tiểu cầu:…………. b) Sinh hóa máu: Đường máu: …………………….     Urê:…….. Creatinin:……..     ASAT (GOT):…………   ALAT (GPT): ………. c) Khác (nếu có):…………………………………….. |   ………………………………………… ………………………………………… ………………………………………… ………………………………………… ………………………………………… ………………………………………… ………………………………………… |
| 2. Xét nghiệm nước tiểu: a) Đường: ………………………………… b) Prôtêin: ………………………….. c) Khác (nếu có): ……………………. |   ………………………………………… ………………………………………… ………………………………………… |
| 3. Chẩn đoán hình ảnh:  ………………………………………… …………………………………………… | ………………………………………… ………………………………………… ………………………………………… |

**IV. KẾT LUẬN**

1. Phân loại sức khỏe:…………………………………………………….

2. Các bệnh, tật (nếu có): …………………………………………………………………………….

|  |  |
| --- | --- |
|  | ……………ngày…… tháng……… năm……….. **NGƯỜI KẾT LUẬN** *(Ký, ghi rõ họ, tên và đóng dấu)* |