**PHỤ LỤC SỐ 03**

MẪU SỔ KHÁM SỨC KHỎE ĐỊNH KỲ(*Ban hành kèm theo Thông tư liên tịch số 24/2015/TTLT-BYT-BGTVT ngày 21 tháng 8 năm 2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế và Bộ trưởng Bộ Giao thông vận tải)*

**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM  
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc  
------------**

**SỔ KHÁM SỨC KHỎE ĐỊNH KỲ CỦA NGƯỜI LÁI XE Ô TÔ**

|  |  |
| --- | --- |
| Ảnh 4  (4x6cm) | 1. Họ và tên *(chữ in hoa):*……………………………………………………….  2. Giới: Nam □ Nữ □ Tuổi...........................................  Số CMND hoặc Hộ chiếu:……………… cấp ngày………/.............../……….  tại……………………………………………………………………………………  4. Hộ khẩu thường trú:……………………………………………………………  5. Chỗ ở hiện tại:…………………………………………………………………..  …………………………………………..………………………………………….. |

6. Nghề nghiệp:……………………………………………4………………………………………

7. Nơi công tác::……………………………………………5………………………………………

8. Hạng xe được phép lái::………………………………………………………………………..

9. Tiền sử bệnh tật bản thân:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tên bệnh** | **Phát hiện năm** |  |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| 4. |  |  |
| 5. |  |  |
| 6. |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **………..***ngày………tháng…….năm……….* **Người đề nghị khám sức khỏe** *(Ký và ghi rõ họ, tên)* |

**I KHÁM LÂM SÀNG**

|  |  |
| --- | --- |
| Nội dung khám | **Họ tên, chữ ký của Bác sỹ** |
| 1. Tâm thần:…………………………………………………………….  ……………………………………………………………………...........  Kết luận:………………………………………………………………….  2. Thần kinh:…………………………………………………………….  ……………………………………………………………………………  Kết luận:………………………………………………………………… | …………………..……  …………………..…… |
| 3. Mắt:  - Thị lực nhìn xa từng mắt:  + Không kính: Mắt phải:…………..Mắt trái:……….  + Có kính: Mắt phải:…………..Mắt trái:……….  - Thị lực nhìn xa hai mắt: Không kính………Có kính…………..  Thị trường:   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Thị trường ngang hai mắt (chiều mũi - thái dương) | | Thị trường đứng (chiều trên-dưới) | | | Bình thường | Hạn chế | Bình thường | Hạn chế | |  |  |  |  |   -Sắc giác  + Bình thường □  + Mù mầu toàn bộ □ Mù màu: - Đỏ □ - Xanh lá cây □ - vàng □  Các bệnh về mắt (nếu có):  ………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………… |  |
| Kết luận……………………………………………………………… | …………………… |
| 4. Tai-Mũi-Họng  - Kết quả khám thính lực (có thể sử dụng máy trợ thính)  + Tai trái: Nói thường:……..m; Nói thầm:………..m  + Tai phải: Nói thường:……..m; Nói thầm:………..m  - Các bệnh về Tai - Mũi - Họng (nếu có):  ………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………… |  |
| Kết luận……………………………………………………………… | …………………… |
| 5. Tim mạch:  + Mạch: ……………………lần/phút;  + Huyết áp:…………../………………….mmHg  ……………………………………………………………………… |  |
| Kết luận……………………………………………………………… | …………………… |
| 6. Hô hấp:……………………………………………………………  ………………………………………………………………………. |  |
| Kết luận……………………………………………………………… | …………………… |
| 7. Cơ Xương Khớp: ………………………………………………  ……………………………………………………………………….. |  |
| Kết luận……………………………………………………………… | …………………… |
| 8. Nội tiết:  ……………………………………………………………………….  ………………………………………………………………………. |  |
| Kết luận……………………………………………………………… | …………………… |
| 9. Thai sản:………………………………………………………….  ……………………………………………………………………….. |  |
| Kết luận……………………………………………………………… | …………………… |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. Ghi rõ công việc hiện nay đang làm

2. Ghi rõ tên, địa chỉ cơ quan, đơn vị nơi người được khám của đang lao động, học tập

**III. KHÁM CẬN LÂM SÀN**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nội dung khám** | **Họ tên, chữ ký của Bác sỹ** |
| 1. Các xét nghiệm bắt buộc:  a) Xét nghiệm ma túy  - Test Morphin/Heroin:…………………………………………………..  - Test Amphetamin:……………………………………………………..  - Test Methamphetamin:………………………………………………..  - Test Marijuana (cần sa):……………………………………………… |  |
| b) Xét nghiệm nồng độ cồn trong máu hoặc hơi thở:  …………………………………………………………………………… | …………………… |
| 2. Các xét nghiệm chỉ thực hiện khi có chỉ định của bác sỹ khám sức khỏe: Huyết học/sinh hóa/X.quang và các xét nghiệm khác.  …………………………………………………………………………..  …………………………………………………………………………..  a)Kết quả:………………………………………………………………  …………………………………………………………………………..  b) Kết luận:………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………. | …………………… |

III. KẾT LUẬN

.............................................................................................................................................

.............................................................................................................................................

.............................................................................................................................................

.............................................................................................................................................

.............................................................................................................................................

Các bệnh, tật đang mắc:………………………………………………………………………….

.............................................................................................................................................

.............................................................................................................................................

.............................................................................................................................................

.............................................................................................................................................

.............................................................................................................................................

.............................................................................................................................................

.............................................................................................................................................

.............................................................................................................................................

.............................................................................................................................................

.............................................................................................................................................

.............................................................................................................................................

.............................................................................................................................................

.............................................................................................................................................

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

3. Kết luận: Đủ điều kiện/không đủ điều kiện sức khỏe lái xe hạng……………………….