|  |  |
| --- | --- |
| ....................................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 khoaa) 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:.....mTai 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)* |