

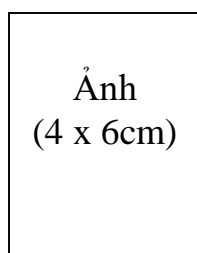
Phụ lục 1
MẪU GIẤY KHÁM SỨC KHỎE DÙNG CHO NGƯỜI TỪ ĐỦ 18 TUỔI TRỞ LÊN
(Kèm theo Thông tư số 14/2013/TT-BYT ngày 06 tháng 5 năm 2013
của Bộ trưởng Bộ Y tế)

.....¹.....
.....².....

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

Số: /GKSK-....³.....

GIẤY KHÁM SỨC KHỎE



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:
.....
.....

¹ Tên cơ quan chủ quản của cơ sở khám sức khỏe

² Tên của cơ sở khám sức khỏe

³ Chữ viết tắt tên cơ sở khám sức khỏe

b) Tiền sử thai sản (Đối với phụ nữ):

Tôi xin cam đoan những, ngày tháng.....năm.....
điều khai trên đây hoàn toàn
đúng với sự thật theo sự hiểu
biết của tôi. **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:

Nội dung khám	Họ tên, chữ ký của Bác sỹ
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:.....

III. KHÁM CẬN LÂM SÀNG

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:.....⁴.....

2. Các bệnh, tật (nếu có):⁵.....

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

..... ngày..... tháng..... năm.....

NGƯỜI KẾT LUẬN

(Ký, ghi rõ họ, tên và đóng dấu)

⁴ Phân loại sức khỏe theo quy định tại Quyết định số 1613/BYT - QĐ hoặc phân loại sức khỏe theo quy định của bộ tiêu chuẩn sức khỏe chuyên ngành đối với trường hợp khám sức khỏe chuyên ngành

⁵ Ghi rõ các bệnh, tật, phương án điều trị, phục hồi chức năng hoặc giới thiệu khám chuyên khoa để khám bệnh, chữa bệnh