|  |  |
| --- | --- |
| ...........[[1]](#footnote-1)..........  ...........[[2]](#footnote-2)..........  Số: /GKSK-....[[3]](#footnote-3)..... | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**  **Độc lập - Tự do - Hạnh phúc** |

**GIẤY KHÁM SỨC KHỎE**

Họ và tên *(chữ in hoa):* ………………………...…………...………

Ảnh

(4 x 6cm)

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

Số CMND hoặc Hộ chiếu (nếu có): ...............................................

cấp ngày......../....../............tại.................................................................

Họ và tên bố, mẹ hoặc người giám hộ:...........................................

……………………...….................…………………………………...…

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

……………………...…….................………………………………...…

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

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

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

**TIỀN SỬ BỆNH TẬT**

**1. Tiền sử gia đình:**

Có ai trong gia đình (ông, bà, bố, mẹ, anh chị em) mắc các bệnh bẩm sinh hoặc bệnh truyền nhiễm: Không □ Có □

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

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

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

**2. Tiền sử bản thân:**

a) Sản khoa:

- Bình thường.

- Không bình thường: Đẻ thiếu tháng; Đẻ thừa tháng; Đẻ có can thiệp; Đẻ ngạt, Mẹ bị bệnh trong thời kỳ mang thai (nếu có cần ghi rõ tên bệnh:……………………………………………………………………………………………………………………………………………...………………………………………………… ………………………………………………………………………………...……………………………………………………………………………...………………………………..……)

b) Tiêm chủng:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **Loại vắc xin** | **Tình trạng tiêm/uống vắc xin** | | |
| **Có** | **Không** | **Không nhớ rõ** |
| 1 | BCG |  |  |  |
| 2 | Bạch hầu, ho gà, uốn ván |  |  |  |
| 3 | Sởi |  |  |  |
| 4 | Bại liệt |  |  |  |
| 5 | Viêm não Nhật Bản B |  |  |  |
| 6 | Viêm gan B |  |  |  |
| 7 | Các loại khác |  |  |  |

c) Tiền sử bệnh/tật: (các bệnh bẩm sinh và mạn tính)

- Không □

- Có □

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

………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………….

# d) Hiện tại có đang điều trị bệnh gì không? Nếu có, ghi rõ tên bệnh và liệt kê các thuốc đang dùng:

………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………..…………………………………….…

………………………………………………………………………………………………….

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**  (hoặc Cha/mẹ hoặc người giám hộ)  *(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**

|  |  |
| --- | --- |
| **1. Nhi khoa**  a) Tuần hoàn: ..........................................................................................................  .....................................................................................................................................  b) Hô hấp: ................................................................................................................  ......................................................................................................................................  c) Tiêu hóa: ..............................................................................................................  ..................................................................................................................................... | **Họ tên, chữ ký của Bác sỹ**  ................................  ................................  ................................  ................................  ................................ |

| **Nhi khoa** |  |
| --- | --- |
| d) Thận-Tiết niệu:................................................................................................  .....................................................................................................................................  đ) Thần kinh-Tâm thần: ........................................................................................  ..................................................................................................................................................................................  e) Khám lâm sàng khác:......................................................................................................................  ..................................................................................................................................................................................  **2. Mắt:**  a) Kết quả khám thị lực: Không kính: Mắt phải:............. Mắt trái: ....................  Có kính:        Mắt phải: ............. Mắt trái .....................  b) Các bệnh về mắt (nếu có):..........................................................................................................  .................................................................................................................................................................................  **3. Tai-Mũi-Họng**  a) Kết quả khám thính lực:  Tai trái:  Nói thường:.......................... m;    Nói thầm:.............................m  Tai phải: Nói thường:.......................... m;     Nói thầm:.............................m  b) Các bệnh về Tai-Mũi-Họng (nếu có):……....................................……….…..…………  ..................................................................................................................................................................................  **4. Răng-Hàm-Mặt**  a) Kết quả khám: + Hàm trên:.......................................................................................................  + Hàm dưới: ....................................................................................................  b) Các bệnh về Răng-Hàm-Mặt (nếu có)...........................................................................  .................................................................................................................................................................................. | ...............................  .............................................................................................................................  ..........................................  ..........................................  ..........................................  ..........................................  ..........................................  ..........................................  ..........................................  ..........................................  ..........................................  ..........................................  ..............................................................................................................................  ..........................................  ..........................................  ..........................................  ........................................................................................................................................................................ |

**III. KHÁM CẬN LÂM SÀNG**

| **Nội dung khám** | **Họ tên, chữ ký**  **của Bác sỹ** |
| --- | --- |
| Xét nghiệm huyết học/sinh hóa/Xquang và các xét nghiệm khác khi có chỉ định của bác sỹ:  Kết quả:.....................................................................................................................  .....................................................................................................................................  ..................................................................................................................................... | ...............................  ...............................  ...............................  ............................... |

**IV. KẾT LUẬN CHUNG**

Sức khỏe bình thường............................................[[4]](#footnote-4).............................................

Hoặc các vấn đề sức khỏe cần lưu ý:...................................[[5]](#footnote-5)................................

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

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

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

1. Tên cơ quan chủ quản của cơ sở khám sức khỏe [↑](#footnote-ref-1)
2. Tên của cơ sở khám sức khỏe [↑](#footnote-ref-2)
3. Chữ viết tắt tên cơ sở khám sức khỏe [↑](#footnote-ref-3)
4. Nếu không có vấn đề gì về sức khỏe: Ghi Bình thường. [↑](#footnote-ref-4)
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 [↑](#footnote-ref-5)