

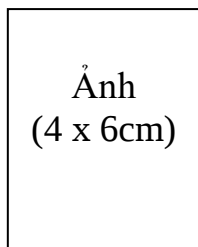
.....¹.....
.....².....
.....³.....

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

Số: /GSKK-....³.....

GIẤY KHÁM SỨC KHỎE

(Hướng dẫn của Thông tư số 14/2013/TT-BYT ngày 06 tháng 5 năm 2013 của Bộ trưởng Bộ Y tế)



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 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

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

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

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

NGƯỜI KẾT LUẬN
(Ký, ghi rõ họ, tên và đóng dấu)

