

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

Số: ...../GKSK-.....

**GIẤY KHÁM SỨC KHỎE**

Ảnh  
(4 x 6 cm)  
đóng dấu rập  
lai hoặc Scan  
ảnh

1. Họ và tên (viết chữ in hoa): .....
2. Giới tính: Nam  Nữ
3. Sinh Ngày      tháng      năm      (Tuổi:.....)
4. Số CMND/CCCD /Hộ chiếu/định danh CD : .....
5. Cấp ngày...../...../..... Tại.....
6. Chỗ ở hiện tại:.....

**\* Lưu ý:** Trường hợp đối tượng KSK có CCCD gắn chip hoặc có số định danh công dân đã thực hiện kết nối với cơ sở dữ liệu quốc gia về dân cư, phần HÀNH CHÍNH nêu trên chỉ cần ghi các mục (1) Họ và tên, (3) Ngày tháng năm sinh, (4) số định danh công dân

7. 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:

TT	Tên bệnh, tật	Có	Không	STT	Tên bệnh, tật	Có	Không
1	Có bệnh hay bị thương trong 5 năm qua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12	Đái tháo đường hoặc kiểm soát tăng đường huyết	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Có bệnh thần kinh hay bị thương ở đầu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13	Bệnh tâm thần	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Bệnh mắt hoặc giảm thị lực (trừ trường hợp đeo kính thuốc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14	Mất ý thức, rối loạn ý thức	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Bệnh ở tai, giảm sức nghe hoặc thủng màng	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15	Ngất, chóng mặt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5	Bệnh ở tim, hoặc nhồi máu cơ tim, các bệnh tim mạch khác	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16	Bệnh tiêu hóa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Phẫu thuật can thiệp tim - mạch (thay van, bắc cầu nối, tạo hình mạch, máy tạo nhịp, đặt slent mạch, ghép tim)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17	Rối loạn giấc ngủ, ngừng thở khi ngủ, ngủ rũ ban ngày, ngáy to	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Tăng huyết áp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18	Tai biến mạch máu não hoặc liệt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Khó thở	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19	Bệnh hoặc tổn thương cột sống	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Bệnh phổi, hen, khí phế thũng, viêm phế quản mạn tính	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20	Sử dụng rượu thường xuyên, liên tục	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Bệnh thận, lọc máu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21	Sử dụng ma túy và chất gây nghiện	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Nghiện rượu, bia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22	Bệnh khác (ghi rõ) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**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 và chữ ký của Bác sỹ chuyên khoa
1.	<b>Nội khoa</b>	
	<i>Tuần hoàn</i>	
a)	Phân loại	
b)	<i>Hô hấp</i>	
	Phân loại	
c)	<i>Tiêu hóa</i>	
	Phân loại	
d)	<i>Thận-Tiết niệu</i>	
	Phân loại	
đ)	<i>Nội tiết</i>	
	Phân loại	
e)	<i>Cơ - xương - khớp</i>	
	Phân loại	
g)	<i>Thần kinh</i>	
	Phân loại	
h)	<i>Tâm thần</i>	
	Phân loại	
2.	<b>Ngoại khoa, Da liễu:</b> - <i>Ngoại khoa:</i> <i>Phân loại:</i> - <i>Da liễu:</i> <i>Phân loại:</i>	
	<b>Sản phụ khoa:</b> ..... 3. <i>Phân loại:</i> .....	

<b>4. Mắt:</b>	
<i>Kết quả khám thị lực:</i> Không kính: Mắt phải..... Mắt trái..... Có kính: Mắt phải..... Mắt trái.....	
<i>Các bệnh về mắt (nếu có):</i>	
Phân loại:	
<b>5. Tai - Mũi - Họng</b>	
<i>Kết quả khám thính lực:</i>	
Tai trái: Nói thường..... m; Nói thầm..... m	
Tai phải: Nói thường..... m; Nói thầm..... m	
<i>Các bệnh về tai mũi họng (nếu có):</i>	
Phân loại:	
<b>6. Răng - Hàm - Mặt</b>	
<i>Kết quả khám:</i> Hàm trên: ..... Hàm dưới:.....	
<i>Các bệnh về răng hàm mặt (nếu có):</i>	
Phân loại	

### III. KHÁM CẬN LÂM SÀNG

Nội dung khám	Họ tên, chữ ký của Bác sỹ
<b>1. Xét nghiệm máu:</b> 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):.....	
<b>2. Xét nghiệm nước tiểu:</b> a) Đường: ..... b) Protein: ..... c) Khác (nếu có): .....	

**3. Chẩn đoán hình ảnh (XQ tim phổi thẳng):**

..... ..... .....	
-------------------------	--

**IV. KẾT LUẬN**

**1. Phân loại sức khỏe:**.....

**2. Các bệnh, tật (nếu có):** .....

.....

*Thái Bình, ngày..... tháng..... năm.....*

**NGƯỜI KẾT LUẬN**

*(Ký, ghi rõ họ tên và đóng dấu)*