**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]](#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: .......................... 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 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: 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:............................................................................................ | ....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... |

**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]](#footnote-4)..............................................

**2. Các bệnh, tật (nếu có):** ............................................[[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. 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 [↑](#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)