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

**Phụ lục 2**

**MẪU GIẤY KHÁM SỨC KHỎE DÙNG CHO NGƯỜI DƯỚI 18 TUỔI**

*(Kèm theo Thông tư số 14/2013/TT-BYT ngày 06 tháng 5 năm 2013*

*của Bộ trưởng Bộ Y tế)*

|  |  |
| --- | --- |
| ...........[[6]](#footnote-6)..........  ...........[[7]](#footnote-7)..........  Số: /GKSK-....[[8]](#footnote-8)..... | **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............................................[[9]](#footnote-9).............................................

Hoặc các vấn đề sức khỏe cần lưu ý:...................................[[10]](#footnote-10)................................

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

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

|  |  |
| --- | --- |
|  | *…………………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)
6. Tên cơ quan chủ quản của cơ sở khám sức khỏe [↑](#footnote-ref-6)
7. Tên của cơ sở khám sức khỏe [↑](#footnote-ref-7)
8. Chữ viết tắt tên cơ sở khám sức khỏe [↑](#footnote-ref-8)
9. Nếu không có vấn đề gì về sức khỏe: Ghi Bình thường. [↑](#footnote-ref-9)
10. 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-10)