**Phụ lục 3**

**MẪU SỔ KHÁM SỨC KHỎE ĐỊNH KỲ**

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

*của Bộ trưởng Bộ Y tế)*

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

**SỔ KHÁM SỨC KHỎE ĐỊNH KỲ**

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

Ảnh

(4 x 6cm)

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

3. Số CMND hoặc Hộ chiếu: ................... cấp ngày....../..../......... tại.........................................................

4. Hộ khẩu thường trú:………………...........……….……..……..

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

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

5. Chỗ ở hiện tại:..............................................................................

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

6. Nghề nghiệp: .......................................................[[1]](#footnote-1).......................................................

7. Nơi công tác, học tập:..........................................[[2]](#footnote-2)......................................................

8. Ngày bắt đầu vào học/làm việc tại đơn vị hiện nay: …..….../…..…./…….....…......

9. Nghề, công việc trước đây (liệt kê các công việc đã làm trong 10 năm gần đây, tính từ thời điểm gần nhất):

a) ...........................................................................[[3]](#footnote-3).........................................................

thời gian làm việc......…[[4]](#footnote-4)........năm….[[5]](#footnote-5)........tháng từ ngày…....…/….....…/............. đến …..…../……../…….…..

b) .......................................................................[[6]](#footnote-6).............................................................

thời gian làm việc ….........… năm ….......… tháng từ ngày….…/………../…………. đến …...…../……../………..

10. Tiền sử bệnh, tật của gia đình: ...................................................................................

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

11. Tiền sử bản thân:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tên bệnh** | **Phát hiện năm** | **Tên bệnh nghề nghiệp** | **Phát hiện năm** |
| a) |   | a) |   |
| b) |   | b) |   |

 *……ngày …… tháng … năm …………*

|  |  |
| --- | --- |
| **Người lao động xác nhận** *(Ký và ghi rõ họ, tên)* | **Người lập sổ KSK định kỳ***(Ký và ghi rõ họ, tên)* |

**KHÁM SỨC KHỎE ĐỊNH KỲ**

**I. TIỀN SỬ BỆNH, TẬT**

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

**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) Nội tiết: .......................................................................................................... Phân loại ...........................................................................................................e) Cơ-xương-khớp:.............................................................................................. Phân loại ...........................................................................................................g) Thần kinh: ...................................................................................................... Phân loại ...........................................................................................................h) 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** |
| --- | --- |
| Xét nghiệm huyết học/sinh hóa/X.quang và các xét nghiệm khác khi có chỉ định của bác sỹ:a) Kết quả:...........................................................................................................................................................................................................................b) Đánh giá:.................................................................................................. | .................................................................................................................................... |

**IV. KẾT LUẬN**

**1. Phân loại sức khỏe:**..............................................[[7]](#footnote-7)....................................................

**2. Các bệnh, tật (nếu có):** ........................................[[8]](#footnote-8)....................................................

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

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

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

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

1. Ghi rõ công việc hiện nay đang làm. [↑](#footnote-ref-1)
2. Ghi rõ tên, địa chỉ cơ quan, đơn vị nơi người được khám sức khỏe đang lao động, học tập [↑](#footnote-ref-2)
3. Ghi rõ công việc hiện nay đã làm [↑](#footnote-ref-3)
4. Số năm mà người được khám sức khỏe đã làm công việc đó [↑](#footnote-ref-4)
5. Số tháng mà người được khám sức khỏe đã làm công việc đó [↑](#footnote-ref-5)
6. Ghi rõ công việc hiện nay đã làm [↑](#footnote-ref-6)
7. 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-7)
8. 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-8)