

MẪU GIẤY KHÁM SỨC KHỎE DÙNG CHO NGƯỜI TỪ ĐỦ 18 TUỔI TRỞ LÊN
(Ban hành kèm theo Thông tư số 32/2023/TT-BYT ngày 31 tháng 12 năm 2023 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

SỞ Y TẾ TUYÊN QUANG
BỆNH VIỆN ĐKKV BẮC QUANG

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

Số: 00000717 /GKSK - BVBQ

GIẤY KHÁM SỨC KHỎE



1. Họ và tên (chữ in hoa): ĐẶNG THỊ VÂN.....
2. Giới: Nam Nữ
3. Sinh ngày: 15 tháng 10 năm 1991 (Tuổi: 34...)
4. Số CMND/CCCD/Hộ chiếu/Định danh CD: 002191005058.....
5. Cấp ngày: 13/1/2022 Tại: Cục Cảnh Sát QLHC V.T.T.XH
6. Chỗ ở hiện tại: Xã Hưng An Tỉnh Tuyên Quang.....
Lý do khám sức khỏe: Bổ sung hồ sơ.....

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 checked="" type="checkbox"/>	9	Bệnh phổi, hen, khí phế thũng, viêm phế quản mạn tính	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2	Có bệnh thần kinh hay bị thương ở đầu	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	10	Bệnh thận, lọc máu	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3	Bệnh mắt hoặc giảm thị lực (trừ trường hợp đeo kính thuốc)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	11	Nghiện rượu, bia	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4	Bệnh ở tai, giảm sức nghe hoặc thăng bằng	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	12	Bệnh tiêu hóa	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5	Bệnh ở tim, hoặc nhồi máu cơ tim, các bệnh tim mạch khác	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	13	Bệnh tâm thần	<input type="checkbox"/>	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>	14	Mất ý thức, rối loạn ý thức	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
7	Tăng huyết áp	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	15	Ngất, chóng mặt	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
8	Khó thở	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	16	Bệnh tiêu hóa	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

TT	Tên bệnh, tật	Có	Không	STT	Tên bệnh, tật	Có	Không
17	Rối loạn giấc ngủ, ngừng thở khi ngủ, ngủ rũ ban ngày, ngày to	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	20	Sử dụng rượu thường xuyên, liên tục	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
18	Tai biến mạch máu não hoặc liệt	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	21	Sử dụng ma túy và chất gây nghiện	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
19	Bệnh hoặc tổn thương cột sống	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	22	Bệnh khác (ghi rõ)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" 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 1/1... tháng 09... năm 2025.

Người đề nghị khám sức khỏe

(Ký và ghi rõ họ, tên)

van
Đặng Thị van.

I. KHÁM THỂ LỰC

Chiều cao: 1.55 cm; Cân nặng: 5.3 kg; Chỉ số BMI:

Mạch: 70 lần/phút; Huyết áp: 110/70 mmHg

Phân loại thể lực: Loại 1

II. KHÁM LÂM SÀNG

Nội dung khám		Họ tên và chữ ký của Bác sỹ chuyên khoa
1. Nội khoa		
a)	Tuần hoàn	Bệnh Huyết
	Phân loại	Loại 1
b)	Hô hấp	Bệnh Huyết
	Phân loại	Loại 1
c)	Tiêu hóa	Bệnh Huyết
	Phân loại	Loại 1

d)	Thận - tiết niệu	Bệnh Huyết
	Phân loại	Loại 1
d)	Nội tiết	Bệnh Huyết
	Phân loại	Loại 1
e)	Cơ - xương - khớp	Bệnh Huyết
	Phân loại	Loại 1
g)	Thần kinh	Bệnh Huyết
	Phân loại	Loại 1
h)	Tâm thần	Bệnh Huyết
	Phân loại	Loại 1

2. ngoại khoa, Da liễu

- Ngoại khoa:	Bệnh Huyết
Phân loại:	Loại 1
- Da liễu:	Bệnh Huyết
Phân loại:	Loại 1

3. Sản phụ khoa

Phân loại:	Loại 1
------------	--------

4. Mắt

Kết quả khám thị lực:	
không kính: Mắt phải: 10/10	Mắt trái: 10/10
Có kính: Mắt phải:	Mắt trái:
Các bệnh về mắt (nếu có):	Loại 1
Phân loại:	Loại 1

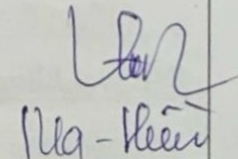
5. Tai - Mũi - Họng

Kết quả khám thính lực:	
Tai trái: Nói thường: 5m; Nói thì thầm: 0.5m	
Tai phải: Nói thường: 5m; Nói thì thầm: 0.5m	
Các bệnh về tai mũi họng (nếu có):	Loại 1
Phân loại:	Loại 1

6. Răng - Hàm - Mặt:

Kết quả khám:	Hàm trên:
	Hàm dưới:
Các bệnh về răng hàm mặt (nếu có):	Loại 1
Phân loại:	Loại 1

III. KHÁM CẬN LÂM SÀNG

Nội dung khám	Họ tên, chữ ký 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:..... <i>6.1 mmol/l</i> - Urê:..... <i>4.9 mmol/l</i> Creatinin:..... <i>1.9 mmol/l</i> - ASAT(GOT):..... <i>21 U/L</i> ALAT(GPT):..... <i>18 U/L</i>	 Ma - Kiên
2. Xét nghiệm nước tiểu: 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:..... *Loại I*
2. Các bệnh, tật (nếu có):

Bắc Quang, ngày *11* tháng *09* năm *2020*

NGƯỜI KẾT LUẬN

(Ký, ghi rõ họ, tên và đóng dấu)



Mai Thị Dung