

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 ráp lại hoặc
Scan ảnh

- Họ và tên (viết chữ in hoa)*:
- Giới tính: Nam Nữ ; 3. Sinh Ngày tháng năm* (Tháng tuổi):.....
- Số CCCD /Hộ chiếu/định danh CD*:
- Cấp ngày...../...../..... Tại.....
- Họ và tên bố/mẹ/người giám hộ:.....
- 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.

8. Lý do khám sức khỏe: Tuyển dụng thiếu sinh quân

TIỀN SỬ BỆNH TẬT

1. Tiền sử gia đình

Có ai trong gia đình mắc các bệnh bẩm sinh hoặc bệnh truyền nhiễm không:

- a) Không b) 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 cân; 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 mãn 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

(Bố/mẹ/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

Nội dung khám		Phân loại (khi có yêu cầu)	Họ tên và chữ ký của Bác sỹ
1. Nhi khoa			
a)	Tuần hoàn		
b)	Hô hấp		
c)	Tiêu hóa		
d)	Thận-Tiết niệu		
đ)	Thần kinh		
e)	Tâm thần		
g)	Khám lâm sàng khác		
	Cơ xương khớp		
	Da liễu		
	Nội tiết, chuyển hóa, hạch, máu		
	Dinh dưỡng	Z-score BMI/tuổi: Z-score chiều cao/tuổi: Z-score cân nặng/tuổi:	
	Sản phụ khoa (đối với nữ)		

Nội dung khám		Phân loại (khi có yêu cầu)	Họ tên và chữ ký của Bác sỹ
2. Mắt			
<i>Kết quả khám thị lực:</i> Không kính: Mắt phải..... Mắt trái..... Cỏ kính: Mắt phải..... Mắt trái.....			
<i>Các bệnh về mắt (nếu có):</i>			
3. Tai - Mũi - Họng			
<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>			
4. Răng - Hàm - Mặt			
<i>Kết quả khám:</i>			
Hàm trên:			
Hàm dưới:			
<i>Các bệnh về răng hàm mặt (nếu có):</i>			

III. KHÁM CẬN LÂM SÀNG

Nội dung khám	Họ tên, chữ ký của Bác sỹ
- Công thức máu: HC..... HST..... TC..... BC..... CTBC: N.....L.....M.....E.....B.....; Nhóm máu.....	
- Sinh hóa: AST..... ALT..... Ure..... Creatinin..... Cholesterol.....Triglycerid.....Đường máu.....	
- Miễn dịch: HBsAg..... Anti-HCV..... HIV.....	
- Nước tiểu toàn bộ: Tỉ trọng..... pH..... BC..... HC.....Nitrit..... Protein.....Glucose.....Cetonic..... Bilirubin..... Urobilinogen.....	
- X-quang tim phổi:	
- Siêu âm bụng tổng quát:	
- Điện tim:	
- Các XN khác (nếu có):	

IV. KẾT LUẬN CHUNG:

Phân loại sức khỏe:(ghi bằng chữ:); **Lý do:**

Kết quả tiêu chuẩn riêng:

Các khuyến nghị về việc tham gia các hoạt động thể lực, học tập, lao động, sinh hoạt cần lưu ý:

.....
.....

..... ngày..... tháng.... năm.....

CHỦ TỊCH HỘI ĐỒNG

(Ký, ghi rõ họ tên và đóng dấu)