

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

SỔ KHÁM SỨC KHOẺ ĐỊNH KỲ

*(Ban hành kèm theo Thông tư số 32/2023/TT-BYT ngày 31 tháng 12 năm 2023
của Bộ trưởng Bộ Y tế)*

Họ và tên (chữ in hoa):.....

Đại chỉ:

Giới: Nam ☐ ; Nữ ☐ Tuổi:.....

Số CMND/CCCD/ Hộ chiếu:.....

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

SỔ KHÁM SỨC KHỎE ĐỊNH KỲ

(Ban hành kèm theo Thông tư số 32/2023/TT-BYT ngày 31 tháng 12 năm 2023 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

Ảnh (4 x 6 cm) (đóng dấu ráp lai hoặc Scan ảnh)	1. Họ và tên (viết chữ in hoa): 2. Giới tính: Nam ☐ Nữ ☐ 3. Sinh ngày tháng năm (Tuổi:.....) 4. Số CMND/CCCD /Hộ chiếu/định danh CD : 5. Cấp ngày...../...../..... Tại..... 6. Chỗ ở hiện tại:.....; Số điện thoại liên hệ: Nghề nghiệp: 8. Nơi công tác, học tập: 9. Ngày bắt đầu vào làm việc tại đơn vị hiện nay:..... /..... / 10. Nghề, công việc trước đây (liệt kê công việc đã làm trong 10 năm gần đây, tính từ thời điểm gần nhất): a)thời gian làm việc.... năm..... tháng từ ngày/..... /..... đến.... /..... / b)thời gian làm việc... năm..... tháng từ ngày/..... /..... đến.... /..... / 11. Tiền sử bệnh, tật của gia đình: 12. Tiền sử bệnh, tật của bản thân:
---	--

Tên bệnh	Phát hiện năm	Tên bệnh nghề nghiệp	Phát hiện năm
a)		a)	
b)		b)	
c)		c)	
d)		d)	

Người lao động xác nhận
(Ký và ghi rõ họ, tên)

..... ngày..... tháng..... năm.....
Người lập sổ KSK định kỳ
(Ký và ghi rõ họ, tên)

KHÁM SỨC KHỎE ĐỊNH KỲ

I. TIỀN SỬ BỆNH, TẬT

(Bác sỹ khám sức khỏe hỏi và ghi chép)

Tiền sử sản phụ khoa (Đối với nữ):

- Bắt đầu thấy kinh nguyệt năm bao nhiêu tuổi:

--	--

- Tính chất kinh nguyệt: Đều ☐ Không đều ☐

Chu kỳ kinh:

--	--

ngày

Lượng kinh:

--	--

ngày

Đau bụng kinh: Có ☐ Không ☐

- Đã lập gia đình: Có ☐ Chưa ☐

- PARA:

--	--	--	--

- Số lần mổ sản, phụ khoa: Có ☐ Ghi rõ:Chưa ☐

- Có đang áp dụng BPTT không? Có ☐ Ghi rõ:Không ☐

II. KHÁM THỂ LỰC

Chiều cao:cm; Cân nặng:..... Kg; Chỉ số BMI:

Mạch:..... lần/phút; Huyết áp:..... /.....mmHg

Phân loại thể lực:.....

III. KHÁM LÂM SÀNG

Nội dung khám			Họ tên và chữ ký của Bác sỹ chuyên khoa
phải khám đầy đủ các nội dung theo chuyên khoa để khẳng định có/hay không có bệnh, tật theo quy định tại Quyết định...			
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		
	Ngoại khoa, Da liễu: - Ngoại khoa:..... 2. Phân loại: - Da liễu:..... 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:.....			

IV. KHÁM CẬN LÂM SÀNG

* Xét nghiệm huyết học/sinh hóa/X.quang và các xét nghiệm khác khi có chỉ định của bác sỹ: 1. Xét nghiệm:	
--	--

.....	
.....	
.....	
.....	
2. Siêu âm:	
.....	
.....	
3. X quang:.....	
.....	
.....	
4. Điện tim:.....	
.....	
* Đánh giá:.....	
.....	
.....	

V. KẾT LUẬN

1. Phân loại sức khỏe:
2. Các bệnh, tật (nếu có):
-

Ea Kar, ngày..... tháng..... năm

NGƯỜI KẾT LUẬN

(Ký, ghi rõ họ tên và đóng dấu)

KHÁM SỨC KHỎE ĐỊNH KỲ

I. TIỀN SỬ BỆNH, TẬT

(Bác sỹ khám sức khỏe hỏi và ghi chép)

Tiền sử sản phụ khoa (Đối với nữ):

- Bắt đầu thấy kinh nguyệt năm bao nhiêu tuổi:

--	--

- Tính chất kinh nguyệt: Đều ☐ Không đều ☐

Chu kỳ kinh:

--	--

ngày

Lượng kinh:

--	--

ngày

Đau bụng kinh: Có ☐ Không ☐

- Đã lập gia đình: Có ☐ Chưa ☐

- PARA:

--	--	--	--

- Số lần mổ sản, phụ khoa: Có ☐ Ghi rõ:Chưa ☐

- Có đang áp dụng BPTT không? Có ☐ Ghi rõ:Không ☐

II. KHÁM THỂ LỰC

Chiều cao:cm; Cân nặng:..... Kg; Chỉ số BMI:

Mạch:..... lần/phút; Huyết áp:..... /.....mmHg

Phân loại thể lực:.....

III. KHÁM LÂM SÀNG

Nội dung khám			Họ tên và chữ ký của Bác sỹ chuyên khoa
phải khám đầy đủ các nội dung theo chuyên khoa để khẳng định có/hay không có bệnh, tật theo quy định tại Quyết định...			
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		
	Ngoại khoa, Da liễu: - Ngoại khoa:..... 2. Phân loại: - Da liễu:..... 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:.....			

IV. KHÁM CẬN LÂM SÀNG

* Xét nghiệm huyết học/sinh hóa/X.quang và các xét nghiệm khác khi có chỉ định của bác sỹ: 1. Xét nghiệm:	
--	--

.....	
.....	
.....	
.....	
2. Siêu âm:	
.....	
.....	
3. X quang:.....	
.....	
.....	
4. Điện tim:.....	
.....	
* Đánh giá:.....	
.....	
.....	

V. KẾT LUẬN

1. Phân loại sức khỏe:
2. Các bệnh, tật (nếu có):
-

Ea Kar, ngày..... tháng..... năm

NGƯỜI KẾT LUẬN

(Ký, ghi rõ họ tên và đóng dấu)

KHÁM SỨC KHỎE ĐỊNH KỲ

I. TIỀN SỬ BỆNH, TẬT

(Bác sỹ khám sức khỏe hỏi và ghi chép)

Tiền sử sản phụ khoa (Đối với nữ):

- Bắt đầu thấy kinh nguyệt năm bao nhiêu tuổi:

--	--

- Tính chất kinh nguyệt: Đều ☐ Không đều ☐

Chu kỳ kinh:

--	--

ngày

Lượng kinh:

--	--

ngày

Đau bụng kinh: Có ☐ Không ☐

- Đã lập gia đình: Có ☐ Chưa ☐

- PARA:

--	--	--	--

- Số lần mổ sản, phụ khoa: Có ☐ Ghi rõ:Chưa ☐

- Có đang áp dụng BPTT không? Có ☐ Ghi rõ:Không ☐

II. KHÁM THỂ LỰC

Chiều cao:cm; Cân nặng:..... Kg; Chỉ số BMI:

Mạch:..... lần/phút; Huyết áp:..... /.....mmHg

Phân loại thể lực:.....

III. KHÁM LÂM SÀNG

Nội dung khám			Họ tên và chữ ký của Bác sỹ chuyên khoa
phải khám đầy đủ các nội dung theo chuyên khoa để khẳng định có/hay không có bệnh, tật theo quy định tại Quyết định...			
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		
	Ngoại khoa, Da liễu: - Ngoại khoa:..... 2. Phân loại: - Da liễu:..... 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:.....			

IV. KHÁM CẬN LÂM SÀNG

* Xét nghiệm huyết học/sinh hóa/X.quang và các xét nghiệm khác khi có chỉ định của bác sỹ: 1. Xét nghiệm:	
--	--

.....	
.....	
.....	
.....	
2. Siêu âm:	
.....	
.....	
3. X quang:.....	
.....	
.....	
4. Điện tim:.....	
.....	
* Đánh giá:.....	
.....	
.....	

V. KẾT LUẬN

1. Phân loại sức khỏe:
2. Các bệnh, tật (nếu có):
-

Ea Kar, ngày..... tháng..... năm

NGƯỜI KẾT LUẬN

(Ký, ghi rõ họ tên và đóng dấu)

KHÁM SỨC KHỎE ĐỊNH KỲ

I. TIỀN SỬ BỆNH, TẬT

(Bác sỹ khám sức khỏe hỏi và ghi chép)

Tiền sử sản phụ khoa (Đối với nữ):

- Bắt đầu thấy kinh nguyệt năm bao nhiêu tuổi:

--	--

- Tính chất kinh nguyệt: Đều ☐ Không đều ☐

Chu kỳ kinh:

--	--

ngày

Lượng kinh:

--	--

ngày

Đau bụng kinh: Có ☐ Không ☐

- Đã lập gia đình: Có ☐ Chưa ☐

- PARA:

--	--	--	--

- Số lần mổ sản, phụ khoa: Có ☐ Ghi rõ:Chưa ☐

- Có đang áp dụng BPTT không? Có ☐ Ghi rõ:Không ☐

II. KHÁM THỂ LỰC

Chiều cao:cm; Cân nặng:..... Kg; Chỉ số BMI:

Mạch:..... lần/phút; Huyết áp:..... /.....mmHg

Phân loại thể lực:.....

III. KHÁM LÂM SÀNG

Nội dung khám			Họ tên và chữ ký của Bác sỹ chuyên khoa
phải khám đầy đủ các nội dung theo chuyên khoa để khẳng định có/hay không có bệnh, tật theo quy định tại Quyết định...			
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		
	Ngoại khoa, Da liễu: - Ngoại khoa:..... 2. Phân loại: - Da liễu:..... 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:.....			

IV. KHÁM CẬN LÂM SÀNG

* Xét nghiệm huyết học/sinh hóa/X.quang và các xét nghiệm khác khi có chỉ định của bác sỹ: 1. Xét nghiệm:	
--	--

.....	
.....	
.....	
.....	
2. Siêu âm:	
.....	
.....	
3. X quang:.....	
.....	
.....	
4. Điện tim:.....	
.....	
* Đánh giá:.....	
.....	
.....	

V. KẾT LUẬN

1. Phân loại sức khỏe:
2. Các bệnh, tật (nếu có):
-

Ea Kar, ngày..... tháng..... năm

NGƯỜI KẾT LUẬN

(Ký, ghi rõ họ tên và đóng dấu)

KHÁM SỨC KHỎE ĐỊNH KỲ

I. TIỀN SỬ BỆNH, TẬT

(Bác sỹ khám sức khỏe hỏi và ghi chép)

Tiền sử sản phụ khoa (Đối với nữ):

- Bắt đầu thấy kinh nguyệt năm bao nhiêu tuổi:

--	--

- Tính chất kinh nguyệt: Đều ☐ Không đều ☐

Chu kỳ kinh:

--	--

ngày

Lượng kinh:

--	--

ngày

Đau bụng kinh: Có ☐ Không ☐

- Đã lập gia đình: Có ☐ Chưa ☐

- PARA:

--	--	--	--

- Số lần mổ sản, phụ khoa: Có ☐ Ghi rõ:Chưa ☐

- Có đang áp dụng BPTT không? Có ☐ Ghi rõ:Không ☐

II. KHÁM THỂ LỰC

Chiều cao:cm; Cân nặng:..... Kg; Chỉ số BMI:

Mạch:..... lần/phút; Huyết áp:..... /.....mmHg

Phân loại thể lực:.....

III. KHÁM LÂM SÀNG

Nội dung khám			Họ tên và chữ ký của Bác sỹ chuyên khoa
phải khám đầy đủ các nội dung theo chuyên khoa để khẳng định có/hay không có bệnh, tật theo quy định tại Quyết định...			
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		
	Ngoại khoa, Da liễu: - Ngoại khoa:..... 2. Phân loại: - Da liễu:..... 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:.....			

IV. KHÁM CẬN LÂM SÀNG

* Xét nghiệm huyết học/sinh hóa/X.quang và các xét nghiệm khác khi có chỉ định của bác sỹ: 1. Xét nghiệm:	
--	--

.....	
.....	
.....	
.....	
2. Siêu âm:	
.....	
.....	
3. X quang:.....	
.....	
.....	
4. Điện tim:.....	
.....	
* Đánh giá:.....	
.....	
.....	

V. KẾT LUẬN

1. Phân loại sức khỏe:
2. Các bệnh, tật (nếu có):
-

Ea Kar, ngày..... tháng..... năm

NGƯỜI KẾT LUẬN

(Ký, ghi rõ họ tên và đóng dấu)