

Số: /GSKK-TTYT

**GIẤY KHÁM SỨC KHỎE VÀ KHÁM SỨC KHỎE ĐỊNH KỲ DÙNG CHO
NGƯỜI TỪ ĐỦ 06 TUỔI ĐẾN DƯỚI 18 TUỔI**

1. Họ và tên (viết chữ in hoa):
2. Giới tính: ☐ Nam ☐ Nữ 3. Ngày tháng năm sinh; Tuổi:.....
4. Số CCCD/Hộ chiếu/Mã định danh:.....
5. Cấp ngày...../...../..... Nơi cấp.....
6. Dân tộc: 7. Đối tượng.....
8. Nguồn chi trả:.....
9. Nhóm máu:(nếu có)
10. Nơi ở hiện tại: Tỉnh/thành:.....phường/ xã:.....
số nhà/ thôn/ xóm.....
11. Họ tên người đi cùng trẻ/ Người giám hộ (đối với trẻ ≤ 16 tuổi):.....
.....
12. Mối quan hệ với trẻ: ☐ Cha ☐ Mẹ ☐ Ông/bà ☐ Anh/chị ☐ Họ hàng ☐ Khác
13. Lý do khám sức khỏe:.....

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?

☐ Không

☐ Có

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 thân nhân
của người bệnh)

(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

II. KHÁM LÂM SÀNG

Nội dung khám		Họ tên và chữ ký của Bác sỹ
1. Nhi khoa		
a)	Tuần hoàn	
b)	Hô hấp	
c)	Tiêu hóa	
d)	Thận-Tiết niệu, Sinh dục	
đ)	Thần kinh	
e)	Tâm thần	
g)	Khám lâm sàng khác	
2. Mắt:		
Kết quả khám thị lực:		
Không kính: Mắt phải..... Mắt trái.....		
Có kính: Mắt phải..... Mắt trái.....		
Các bệnh về mắt (nếu có):.....		
3. 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):.....		
4. Răng - Hàm - Mặt		
Kết quả khám:		
Hàm trên:		
Hàm dưới:		
Các bệnh về răng hàm mặt (nếu có):.....		

III. KHÁM CẬN LÂM SÀNG

Nội dung khám	Họ tên, chữ ký của Bác sỹ
Cận lâm sàng thực hiện theo chỉ định của bác sỹ:	

IV. KẾT LUẬN CHUNG:

1. Tình trạng sức khỏe; mắc các bệnh, tật (nếu có).....
2. Phân loại sức khỏe (theo quy định của Bộ Y tế).....

Ea Kar, ngày..... tháng.... năm.....

NGƯỜI KẾT LUẬN

(Ký, ghi rõ họ tên và đóng dấu)