

Mẫu số 03

MẪU SỔ KHÁM SỨC KHỎE ĐỊNH KỲ

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

SỔ KHÁM SỨC KHỎE ĐỊNH KỲ

Ảnh
(4 x 6 cm)
(đóng dấu rập lại
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:

*** 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 mục (1) Họ và tên, (3) Ngày tháng năm sinh, (4) số định danh công dân

7. 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 2025

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 mô 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		
2.	Ngoại khoa, Da liễu: - Ngoại khoa:..... - Da liễu:..... Phân loại:		
3.	Sản phụ khoa: Chi tiết nội dung khám theo danh mục tại phụ lục XXV ban hành kèm theo Thông tư này. Phân loại:		
4.	Mắt:		
	<i>Kết quả khám thị lực:</i> Không kính: Mắt phải..... Mắt trái..... Có kính: Mắt phải..... Mắt trái.....		
	<i>Các bệnh về mắt (nếu có):</i>		
	Phân loại:		
5.	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>		
	Phân loại:		
6.	Răng - Hàm - Mặt		
	Kết quả khám: Hàm trên:..... Hàm dưới:.....		
	<i>Các bệnh về răng hàm mặt (nếu có):</i>		
	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:	
a)	Kết quả:
	

b) Đánh giá:	
.....	
.....	

V. KẾT LUẬN

1. Phân loại sức khỏe:¹

2. Các bệnh, tật (nếu có):²

.....

.....

.....

.....

NGƯỜI KẾT LUẬN

(Ký, ghi rõ họ tên và đóng dấu)

1 Phân loại sức khỏe theo quy định của Bộ Y tế 2 Ghi rõ các bệnh, tật, phương án điều trị, phục hồi chức năng hoặc giới thiệu khám chuyên khoa để khám bệnh, chữa bệnh (nếu có).