|  |  |
| --- | --- |
| **BỘ Y TẾ\*\*\*\*\*** | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAMĐộc lập – Tự do – Hạnh phúc\*\*\*\*\*\*** |
| Số: 13/2007/TT-BYT | *Hà Nội, ngày 21 tháng 11 năm 2007* |

**THÔNG TƯ**

HƯỚNG DẪN KHÁM SỨC KHỎE

*Căn cứ Nghị định số 49/2003/NĐ-CP ngày 15/5/2003 của Chính phủ quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Bộ Y tế;
Căn cứ Bộ Luật Lao động ngày 23 tháng 6 năm 1994 và Bộ Luật Lao động sửa đổi, bổ sung ngày 02 tháng 4 năm 2002;
Căn cứ Nghị định số 06/CP ngày 20/1/1995 của Chính phủ quy định chi tiết một số Điều của Bộ Luật lao động về an toán lao động và vệ sinh lao động; Nghị định số 110/2002/NĐ-CP ngày 27/12/2002 của Chính phủ về việc sửa đổi, bổ sung một số điều của Nghị định số 06/CP ngày 20 tháng 01 năm 1995 của Chính phủ quy định chi tiết một số điều của Bộ Luật Lao động về an toàn lao động và vệ sinh môi trường,
Bộ Y tế hướng dẫn việc khám sức khỏe như sau:*

**I. PHẠM VI ĐIỀU CHỈNH VÀ ĐỐI TƯỢNG ÁP DỤNG**

1. Thông tư này hướng dẫn khám sức khỏe khi làm hồ sơ dự tuyển, khám sức khỏe khi tuyển dụng, khám sức khỏe định kỳ và khám sức khỏe theo yêu cầu.

2. Đối tượng áp dụng

Thông tư này được áp dụng đối với các tập thể và cá nhân sau đây:

a) Cơ sở sử dụng người lao động, cơ sở đào tạo, dạy nghề.

b) Học sinh, sinh viên và học viên làm hồ sơ dự tuyển hoặc đang học tại các cơ sở giáo dục quốc dân, dạy nghề; người lao động làm hồ sơ để xin được tuyển dụng, người lao động khi được tuyển dụng, người lao động đang làm việc tại các cơ sở sử dụng người lao động và người có nhu cầu khám sức khỏe (sau đây gọi chung là đối tượng khám sức khỏe).

c) Các cơ sở y tế công lập và ngoài công lập đủ điều kiện được khám sức khỏe quy định tại Thông tư này tham gia khám sức khỏe khi làm hồ sơ dự tuyển, khám sức khỏe khi tuyển dụng, khám sức khỏe định kỳ và khám sức khỏe theo yêu cầu (sau đây gọi chung là cơ sở khám sức khỏe).

3. Thông tư này không áp dụng trong việc khám bệnh ngoại trú, nội trú trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh; không áp dụng đối với các đối tượng tham gia khám tuyển nghĩa vụ quân sự, tuyển sinh quân sự, khám tuyển công an, tuyển sinh công an, khám sức khỏe cho người Việt Nam đi lao động ở nước ngoài và người nước ngoài lao động tại Việt Nam, khám giám định y khoa, giám định pháp y tâm thần.

**II. GIẢI THÍCH TỪ NGỮ**

1. Khám sức khỏe khi làm hồ sơ dự tuyển là khám sức khỏe cho học sinh làm hồ sơ dự tuyển vào các học tại các cơ sở giáo dục quốc dân, dạy nghề; người làm hồ sơ để dự thi lấy bằng lái xe và người lao động làm hồ sơ để xin được tuyển dụng vào làm việc tại các cơ sở sử dụng người lao động.

2. Khám sức khỏe khi tuyển dụng là khám sức khỏe cho học sinh, sinh viên và học viên khi trúng tuyển vào học tại các cơ sở giáo dục quốc dân, dạy nghề; người lao động khi được tuyển dụng vào làm việc tại các cơ sở sử dụng lao động.

3. Khám sức khoẻ định kỳ là khám sức khoẻ cho học sinh, sinh viên, học viên và người lao động quy định theo thời gian: 1 năm một lần hoặc 6 tháng một lần đối với các nghề, công việc nặng nhọc, độc hại, nguy hiểm.

4. Khám sức khỏe theo yêu cầu là khám sức khỏe cho người có nhu cầu, tự nguyện muốn kiểm tra sức khỏe.

**III. ĐIỀU KIỆN ĐỐI VỚI CƠ SỞ KHÁM SỨC KHỎE**

1. Có các bác sỹ khám các chuyên khoa: Nội, ngoại, sản phụ khoa, mắt, tai mũi họng, răng hàm mặt; có các bác sĩ hoặc kỹ thuật viên làm các xét nghiệm máu, xét nghiệm nước tiểu. X quang.

2. Có đủ năng lực chuyên môn, kỹ thuật để làm các xét nghiệm cơ bản

- Xét nghiệm máu: Công thức máu, đường máu.

- Xét nghiệm nước tiểu: Đường niệu, protein niệu.

- X quang tim phổi.

3. Có đủ cơ sở vật chất, trang thiết bị theo “Quy định cơ sở vật chất và trang thiết bị cơ bản phục vụ cho khám sức khỏe” được quy định tại Phụ lục số 1 ban hành kèm theo Thông tư này.

Đối với các cơ sở y tế chưa đủ các trang thiết bị theo quy định tại Phụ lục số 1, có thể kết hợp (thông qua hình thức hợp đồng liên kết) với các cơ sở y tế có đủ cơ sở vật chất, trang thiết bị theo Phụ lục số 1 để tổ chức khám sức khỏe theo quy định tại Thông tư này.

**IV. TỔ CHỨC KHÁM SỨC KHỎE**

1. Quy định chung

a) Học sinh, sinh viên làm hồ sơ dự tuyển vào học tại các cơ sở giáo dục quốc dân, dạy nghề, người làm hồ sơ để dự thi lấy bằng lái xe và người lao động làm hồ sơ để xin được tuyển dụng vào làm việc tại các cơ sở sử dụng lao động phải được khám sức khỏe khi làm hồ sơ dự tuyển.

b) Học sinh, sinh viên và học viên khi được tuyển vào học tại các cơ sở đào tạo, dạy nghề hoặc người lao động được tuyển dụng vào làm việc tại cơ sở sử dụng lao động phải được khám sức khỏe khi tuyển dụng. Trong trường hợp giấy chứng nhận sức khỏe khi làm hồ sơ dự tuyển còn giá trị thì không nhất thiết phải khám sức khỏe khi tuyển dụng.

c) Học sinh, sinh viên đang học tại các cơ sở giáo dục quốc dân, dạy nghề hoặc người lao động làm việc tại các cơ sở sử dụng lao động phải được khám sức khỏe định kỳ ít nhất 1 lần trong 1 năm. Đối với các nghề, công việc nặng nhọc, độc hại, nguy hiểm thì thời gian khám sức khỏe định kỳ theo quy định của nghề và của công việc đó.

d) Cơ sở khám sức khỏe căn cứ vào lý do khám sức khỏe: khi làm hồ sơ dự tuyển, tuyển dụng, định kỳ, theo yêu cầu và Bảng “tiêu chuẩn sức khỏe của người lao động, học sinh, sinh viên” hiện hành để được thực hiện khám sức khỏe.

đ) Đối với các nghề, công việc có tiêu chuẩn sức khỏe riêng, thì cơ sở khám sức khỏe phải thực hiện các quy định của tiêu chuẩn đó.

e) Giấy chứng nhận sức khỏe khi làm hồ sơ dự tuyển, khi tuyển dụng và khám sức khỏe theo yêu cầu áp dụng theo mẫu được quy định tại Phụ lục số 2 ban hành kèm theo Thông tư này. Giấy chứng nhận sức khỏe được đóng dấu giáp lai của cơ sở khám sức khỏe, có giá trị trong vòng 12 tháng kể từ ngày ký.

g) Sổ khám sức khỏe định kỳ áp dụng theo mẫu quy định tại Phụ lục số 3 ban hành kèm theo Thông tư này (khổ giấy A4, 1 số có 12 tờ) được áp dụng đối với khám sức khỏe định kỳ.

h) Người kết luận và ký giấy chứng nhận sức khỏe, sổ khám sức khỏe định kỳ là Thủ trưởng cơ sở khám sức khỏe hoặc người được Thủ trưởng cơ sở khám sức khỏe ủy quyền và phải chịu trách nhiệm về kết luận của mình.

i) Phí khám sức khỏe

- Đối với khám sức khỏe khi làm hồ sơ dự tuyển, khi tuyển dụng, khám sức khỏe theo yêu cầu do đối tượng khám sức khỏe nộp phí theo mức phí thu viện phí hiện hành.

- Đối với khám sức khỏe khi tuyển dụng, khám sức khỏe định kỳ cho học sinh, sinh viên, học viên, người lao động (khám sức khỏe tập trung) thì cơ sở sử dụng lao động nộp phí theo mức thu viện phí hiện hành. Đối với khám sức khỏe định kỳ đơn lẻ, phí khám sức khỏe do đối tượng khám sức khỏe trực tiếp chi trả vả cơ sở giáo dục công dân, dạy nghề, cơ sở sử dụng lao động thanh toán phí khám sức khỏe cho đối tượng khám sức khỏe.

k) Khám sức khỏe là hoạt động chuyên môn, phải được lưu trữ, thống kê, báo cáo vào hoạt động chung của cơ sở y tế.

2. Thủ tục khám sức khỏe

a) Khám sức khỏe khi làm hồ sơ dự tuyển, khám sức khỏe khi tuyển dụng thì đối tượng khám sức khỏe phải nộp ảnh mầu cỡ 4 x 6cm (ảnh chụp trong vòng 6 tháng gần nhất), số lượng ảnh tùy theo số lượng giấy chứng nhận sức khỏe do đối tượng khám sức khỏe yêu cầu.

b) Khám sức khỏe định kỳ

- Đối với khám sức khỏe tập trung: Cơ sở giáo dục quốc dân, dạy nghề, cơ sở sử dụng lao động cần xuất trình Hồ sơ sức khỏe. Hồ sơ sức khỏe gồm giấy chứng nhận sức khỏe khi tuyển dụng (đối với khám sức khỏe định kỳ lần đầu), sổ khám sức khỏe định kỳ, các kết quả khám chữa bệnh khác (nếu có).

- Đối với khám sức khỏe đơn lẻ: Đối tượng khám sức khỏe cần xuất trình thêm giấy giới thiệu của đơn vị đề nghị khám sức khoẻ định kỳ.

c) Khám sức khoẻ theo yêu cầu: Đối tượng khám sức khỏe cần xuất trình giấy Chứng minh thư nhân dân hoặc giấy tờ tùy thân có ảnh đóng dấu giáp lai (như hộ chiếu, bằng lái xe). Nếu không có Chứng minh thư nhân dân hoặc giấy tờ tùy thân, phải có ảnh màu cỡ 4 x 6cm để dán vào các giấy chứng nhận sức khỏe (ảnh chụp trong vòng 6 tháng gần nhất).

3. Tổ chức khám sức khỏe

Theo 2 hình thức:

- Khám sức khỏe tập trung: Các cơ quan, đơn vị có nhu cầu khám sức khỏe khi tuyển dụng, khám sức khỏe định kỳ cho các đối tượng, liên hệ và ký hợp đồng với cơ sở khám sức khỏe để tổ chức khám sức khỏe cho các đối tượng tại cơ sở khám sức khỏe hoặc tại cơ quan, đơn vị.

- Khám sức khỏe đơn lẻ: Do đối tượng khám sức khỏe liên hệ trực tiếp với cơ sở khám sức khỏe để được khám sức khỏe tại cơ sở y tế.

4. Quy trình khám sức khỏe

a) Tiếp nhận hồ sơ và hoàn thành các thủ tục hành chính

Đối tượng khám sức khỏe có trách nhiệm cung cấp đầy đủ, chính xác, trung thực các thông tin cá nhân, tình trạng sức khỏe hiện tại, tiền sử bệnh tật của bản thân và gia đình trong phần tiền sử của đối tượng khám sức khỏe (theo mẫu giấy chứng nhận sức khỏe).

b) Khám thể lực

Đo chiều cao, cân nặng, vòng ngực trung bình, chỉ số BMI, mạch, nhiệt, nhiệt độ, huyết áp và nhịp thở.

c) Khám lâm sàng toàn diện theo các chuyên khoa

d) Khám cận lâm sàng

- Cận lâm sàng bắt buộc:

+ Công thức máu, đường máu.

+ Xét nghiệm nước tiểu: tổng phân tích nước tiểu (đường, protein, tế bào).

+ Chụp X – quang tim phổi thẳng, nghiêng. Riêng đối với trường hợp khám sức khỏe định kỳ, chiếu hoặc chụp X quang tim phổi được thực hiện theo chỉ định của bác sĩ lâm sàng.

- Cận lâm sàng khác: Đối tượng khám sức khỏe phải được làm thêm các xét nghiệm cận lâm sàng khác khi có chỉ định của bác sỹ lâm sàng; hoặc yêu cầu của cơ sở giáo dục quốc dân, dạy nghề, cơ sở sử dụng lao động; hoặc yêu cầu của đối tượng khám sức khỏe.

đ) Đối với khám sức khỏe theo yêu cầu, các nội dung khám lâm sàng, cận lâm sàng được thực hiện theo yêu cầu của đối tượng khám sức khỏe và có sự tư vấn của bác sỹ khám bệnh.

e) Các bác sỹ khám lâm sàng phải phân loại sức khỏe, ký và ghi rõ họ tên vào giấy chứng nhận sức khỏe, sổ khám sức khỏe định kỳ và phải chịu trách nhiệm về kết luận của mình. Người ghi các kết quả cận lâm sàng phải ký và ghi rõ họ tên vào giấy chứng nhận sức khỏe, sổ khám sức khỏe định kỳ.

g) Căn cứ vào kết quả khám lâm sàng và cận lâm sàng, người có thẩm quyền hoặc người được ủy quyền ký giấy chứng nhận sức khỏe, sổ khám sức khỏe định kỳ kết luận:

- Đối với khám sức khỏe khi làm hồ sơ, khi tuyển dụng: khỏe mạnh hay mắc bệnh (ghi cụ thể tên bệnh); xếp loại sức khỏe; hiện tại đủ hay không đủ sức khỏe để học tập, làm việc cho ngành nghề, công việc (ghi cụ thể tên nghề, công việc nếu có thể).

- Đối với khám sức khỏe theo yêu cầu: Hiện tại khỏe mạnh hay mắc bệnh (ghi cụ thể tên bệnh), hướng điều trị.

- Đối với khám sức khỏe định kỳ: ngoài kết luận khỏe mạnh hay mắc bệnh (ghi cụ thể tên bệnh); xếp loại sức khỏe; hiện tại đủ hay không đủ sức khỏe để học tập, làm việc cho ngành nghề, công việc (ghi cụ thể tên nghề, công việc nếu có thể), còn có chỉ định điều trị, phục hồi chức năng, khám chuyên khoa để điều trị bệnh, khám bệnh nghề nghiệp (nếu có), yêu cầu cơ sở sử dụng lao động chuyển công việc khác phù hợp (nếu không đủ tiêu chuẩn sức khỏe).

h) Giấy chứng nhận sức khỏe khi làm hồ sơ dự tuyển được làm thành 2 bản trở lên (tùy theo yêu cầu của đối tượng khám sức khỏe); giấy chứng nhận sức khỏe khi tuyển dụng, giấy chứng nhận sức khỏe khi khám theo yêu cầu được làm thành 1 bản, có đóng dấu của cơ sở khám sức khỏe. Cơ sở khám sức khỏe trả giấy chứng nhận sức khỏe cho đối tượng khám sức khỏe hoặc cơ sở giáo dục quốc dân, dạy nghề, cơ sở sử dụng lao động.

Sổ khám sức khỏe định kỳ được trả cho đối tượng khám sức khỏe đối với khám sức khỏe đơn lẻ hoặc trả cho cơ sở giáo dục quốc dân, dạy nghề, cơ sở sử dụng lao động đối với khám sức khỏe tập trung.

i) Trả giấy chứng nhận sức khỏe, sổ khám sức khỏe định kỳ

- Đối với trường hợp khám sức khỏe đơn lẻ: trả ngay trong ngày làm việc.

- Đối với trường hợp khám sức khỏe tập trung: trả trong vòng 10 ngày làm việc (hoặc theo hợp đồng thỏa thuận giữa cơ sở khám sức khỏe với cơ sở giáo dục quốc dân, dạy nghề, cơ sở sử dụng lao động).

k) Thanh lý hợp đồng khám sức khỏe với cơ sở giáo dục quốc dân, dạy nghề, cơ sở sử dụng lao động (nếu có).

**V. TỔ CHỨC THỰC HIỆN**

1. Các cơ sở giáo dục quốc dân, dạy nghề, cơ sở sử dụng lao động có trách nhiệm tổ chức khám sức khỏe khi tuyển dụng, khám sức khỏe định kỳ cho học sinh, sinh viên, học viên và người lao động theo quy định.

2. Học sinh, sinh viên, học viên và người lao động có trách nhiệm đi khám sức khỏe khi làm hồ sơ dự tuyển, khám sức khỏe khi tuyển dụng, khám sức khỏe định kỳ.

3. Các cơ sở y tế công lập và ngoài công lập nếu có đủ điều kiện đối với cơ sở khám sức khỏe được quy định tại Mục III của Thông tư này, Thủ trưởng đơn vị quyết định việc tổ chức khám sức khỏe khi làm hồ sơ dự tuyển, khám sức khỏe khi tuyển dụng, khám sức khỏe định kỳ và khám sức khỏe theo yêu cầu. Đồng thời, đơn vị phải báo cáo về Sở Y tế các tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương (đối với các đơn vị trực thuộc Sở, đơn vị y tế tư nhân đóng trên địa bàn); y tế các Bộ ngành (đối với các đơn vị trực thuộc Bộ, Ngành); Bộ Y tế - Vụ Điều trị (đối với các đơn vị trực thuộc Bộ).

4. Bộ Y tế (Vụ Điều trị), Sở Y tế các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương, Y tế các Bộ, Ngành có trách nhiệm kiểm tra việc thực hiện khám sức khỏe của các cơ sở khám sức khỏe theo đúng các quy định.

**VI. ĐIỀU KHOẢN THI HÀNH**

Thông tư này có hiệu lực sau 15 ngày, kể từ ngày đăng công báo.

Trong quá trình thực hiện, nếu có khó khăn vướng mắc đề nghị phản ánh về Bộ Y tế (Vụ Điều trị) để được nghiên cứu giải quyết./.

|  |  |
| --- | --- |
|  ***Nơi nhận:***- Văn phòng Trung ương Đảng và các Ban của Đảng;- Cơ quan TW của các Đoàn thể;- Văn phòng Quốc hội;- Văn phòng Chính phủ; Công báo (2 bản), Website;- Bộ Tư pháp (Cục kiểm tra văn bản);- Các Bộ, cơ quan ngang Bộ, cơ quan thuộc Chính phủ;- Bộ Y tế: + Bộ trưởng, Thứ trưởng,                + Các Cục, Vụ, Văn Phòng, thanh tra;                + Các đơn vị thuộc Bộ Y tế;                + Website Bộ Y tế;- Sở Y tế các tỉnh, thành phố trực thuộc TW;- Y tế các Bộ, Ngành;- Lưu: VT, ĐTr, PC. | **KT. BỘ TRƯỞNGTHỨ TRƯỞNGNguyễn Thị Xuyên** |

**PHỤ LỤC SỐ 1**

QUY ĐỊNH CƠ SỞ VẬT CHẤT VÀ TRANG THIẾT BỊ Y TẾ CƠ BẢN PHỤC VỤ CHO KHÁM SỨC KHỎE
*(Ban hành kèm theo Thông tư số 13/2007/TT-BYT ngày 21/11/2007 của Bộ trưởng Bộ Y tế)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| TT | Nội dung | Số lượng |
| **I** | **Cơ sở vật chất** |   |
| 1. | Phòng khám đa khoa | 01 |
| 2. | Phòng khám chuyên khoa: Nội, ngoại, sản phụ khoa, mắt, tai mũi họng, răng hàm mặt | 06 |
| 3. | Phòng chụp X quang | 01 |
| 4. | Phòng xét nghiệm | 01 |
| **II** | **Trang thiết bị cơ bản** |   |
| 1. | Tủ hồ sơ bệnh án | 01 |
| 2. | Tủ thuốc cấp cứu | 01 |
| 3. | Bộ bàn ghế khám bệnh | 02 |
| 4. | Giường khám bệnh | 02 |
| 5. | Ghế chờ khám | 10 |
| 6. | Tủ sấy dụng cụ | 01 |
| 7. | Nồi luộc, khử trùng dụng cụ y tế | 01 |
| 8. | Cân có thước đo chiều cao | 01 |
| 9. | Thước dây | 02 |
| 10. | Ống nghe bệnh người lớn | 02 |
| 11. | Huyết áp kế người lớn | 02 |
| 12. | Nhiệt kế y học 420C | 02 |
| 13. | Đèn đọc phim X quang | 01 |
| 14. | Búa thử phản xạ | 01 |
| 15. | Bộ khám da (kính lúp) | 01 |
| 16. | Đèn soi đáy mắt | 01 |
| 17. | Hộp kính thử thị lực | 01 |
| 18. | Bảng kiểm tra thị lực | 01 |
| 19. | Bảng thị thực màu | 01 |
| 20. | Bộ khám tai mũi họng: đèn soi, 20 bộ dụng cụ, khay đựng | 01 |
| 21. | Bộ khám răng hàm mặt | 01 |
| 22. | Bàn khám và bộ dụng cụ khám phụ khoa | 01 |
| 23 | Máy phân tích sinh hóa | 01 |
| 24. | Máy phân tích huyết học | 01 |
| 25. | Máy phân tích nước tiểu | 01 |
| 26. | Bộ dụng cụ thử nước tiểu | 01 |
| 27. | Máy X quang | 01 |

**PHỤ LỤC SỐ 2**

MẪU GIẤY CHỨNG NHẬN SỨC KHỎE
*( Ban hành kèm theo Thông tư số 13/2007/TT-BYT ngày 21/11/2007 của Bộ trưởng Bộ Y tế)*

|  |  |
| --- | --- |
| **BỘ Y TẾ**Sở Y tế: ……………………………Đơn vị:……………………………… | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAMĐộc lập – Tự do – Hạnh phúc\*\*\*\*\*\*\*** |

**GIẤY CHỨNG NHẬN SỨC KHỎE**

|  |  |
| --- | --- |
| *Ảnh màu**(4 x 6cm)* | Họ và tên *(viết chữ in hoa):*Giới:          Nam □      nữ □       Sinh ngày/tháng/năm .../.../........Số CMND hoặc hộ chiếu: ......... cấp ngày........../......./....... tại.......Hộ khẩu thường trú:Chỗ ở hiện tại: |

Đối tượng :   1. Học sinh, sinh viên                             □  2. Người lao động □

Loại hình khám sức khỏe: 1. Khi làm hồ sơ dự tuyển □ 2. Khi tuyển dụng  □ 3. Theo yêu cầu □

Lý do khám sức khỏe (*ghi cụ thể ngành, nghề, công việc … sẽ theo học hoặc làm việc):*

...............................................................................................................................

...............................................................................................................................

**TIỀN SỬ BỆNH CỦA ĐỐI TƯỢNG KHÁM SỨC KHỎE**

Có ai trong gia đình ông (bà) mắc một trong các bệnh sau đây không: Tăng huyết áp, bệnh tim, đái tháo đường, lao, hen phế quản, ung thư, động kinh, rối loạn tâm thần, liệt, bệnh khác…

1 -  không □    2 – có □   Ghi cụ thể tên bệnh ..............................................................

Ông (bà) đã/ đang mắc bệnh, tình trạng nào sau đây không?

..........................................................................................................................................

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Bệnh/tình trạng** | **có** | **không** | **Bệnh/tình trạng** | **có** | **không** |
| 1. Bệnh mắt, thị thực | □ | □ | 18. Mất ngủ | □ | □ |
| 2. Bệnh tai, mũi, họng | □ | □ | 19. Phẫu thuật | □ | □ |
| 3. Bệnh tim mạch | □ | □ | 20. Động kinh | □ | □ |
| 4. Cao huyết áp | □ | □ | 21. Chóng mặt/ngất | □ | □ |
| 5. Giãn tĩnh mạch | □ | □ | 22. Mất ý thức | □ | □ |
| 6. Hen, viêm phế quản | □ | □ | 23. Rối loạn tâm thần | □ | □ |
| 7. Bệnh máu | □ | □ | 24. Trầm cảm | □ | □ |
| 8. Bệnh đái tháo đường | □ | □ | 25. Ý định tự tử | □ | □ |
| 9. Bệnh tuyến giáp | □ | □ | 26. Mất trí nhớ | □ | □ |
| 10. Bệnh tiêu hóa | □ | □ | 27. Rối loạn thăng bằng | □ | □ |
| 11. Bệnh thận | □ | □ | 28. Đau đầu nặng | □ | □ |
| 12. Bệnh ngoài da | □ | □ | 29. Vận động hạn chế | □ | □ |
| 13. Dị ứng | □ | □ | 30. Đau lưng | □ | □ |
| 14. Bệnh truyền nhiễm | □ | □ | 31. Hút thuốc lá, nghiện rượu, ma túy | □ | □ |
| 15. Thoát vị | □ | □ | 32. Rối loạn vận động | □ | □ |
| 16. Bệnh sinh dục | □ | □ | 33. Cắt cụt | □ | □ |
| 17. Mang thai | □ | □ | 34. Gẫy xương/trật khớp | □ | □ |

Nếu trả lời bất cứ câu hỏi nào ở trên là “có’, đề nghị mô tả chi tiết:

................................................................................................................................

................................................................................................................................

Câu hỏi khác:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 35. Ông (bà) có nhận thấy bản thân có bệnh tật, vấn đề sức khỏe nào không? | □ | □ |
| Ông (bà) có cảm thấy thật sự khỏe mạnh và phù hợp để thực hiện các nhiệm vụ được giao không? (*KSK theo yêu cầu không phải trả lời câu hỏi này).* | □ | □ |
| 36. Ông (bà) có đang uống thuốc điều trị nào không? | □ | □ |

................................................................................................................................

................................................................................................................................

37. Ông (bà) đã được tiêm chủng những loại vacxin nào?

................................................................................................................................

................................................................................................................................

Tôi xin cam đoan những điều khai trên đây hoàn toàn đứng với sự thật theo sự hiểu biết của tôi.

**Chữ ký của đối tượng khám sức khỏe** ................*ngày....tháng....năm*......

**I. KHÁM THỂ LỰC**

Chiều cao:               \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cm                          Mạch:\_\_\_\_\_\_\_\_ lần/phút

Cân nặng:               \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ kg                           Huyết áp:\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_ mmHg

Vòng ngực trung bình:\_\_\_\_\_\_\_\_ cm                          Nhiệt độ:\_\_\_\_\_\_ 0C

Chỉ số BMI:             \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                               Nhịp thở: \_\_\_\_\_  lần/phút

*Phân loại sức khỏe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Họ tên bác sĩ khám:                        \_\_\_\_\_\_\_\_ ký tên:\_\_*

**II. KHÁM LÂM SÀNG**

1. Tuần hoàn:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Phân loại sức khỏe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Họ tên bác sĩ khám:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ký tên:\_\_\_\_*

2. Hô hấp:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Phân loại sức khỏe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Họ tên bác sĩ khám:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ký tên:\_\_\_\_*

3. Tiêu hóa:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Phân loại sức khỏe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Họ tên bác sĩ khám:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ký tên:\_\_\_\_*

4. Thận – Tiết niệu – sinh dục:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Phân loại sức khỏe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Họ tên bác sĩ khám:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ký tên:\_\_\_\_*

5. Thần kinh:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Phân loại sức khỏe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Họ tên bác sĩ khám:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ký tên:\_\_\_\_*

6. Tâm thần:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Phân loại sức khỏe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Họ tên bác sĩ khám:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ký tên:\_\_\_\_*

7. Hệ vận động:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Phân loại sức khỏe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Họ tên bác sĩ khám:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ký tên:\_\_\_\_*

8. Nội tiết:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Phân loại sức khỏe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Họ tên bác sĩ khám:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ký tên:\_\_\_\_*

9.Da liễu:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Phân loại sức khỏe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Họ tên bác sĩ khám:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ký tên:\_\_\_\_*

10. Sản phụ khoa:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Phân loại sức khỏe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Họ tên bác sĩ khám:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ký tên:\_\_\_\_*

11. Mắt

Thị thực: Không kính: Mắt phải: \_\_\_\_\_\_\_   Mắt trái: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

               Có kính        Mắt phải:  \_\_\_\_\_   Mắt trái:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Các bệnh về mắt:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Phân loại sức khỏe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Họ tên bác sĩ khám:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ký tên:\_\_\_\_*

12. **Tai mũi họng:**

Tai trái:                 nói thường:\_\_\_\_\_\_\_\_ m;     nói thầm: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ m

Tai phải:               nói thường:\_\_\_\_\_\_\_\_ m;    nói thầm: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ m

Bệnh về tai mũi họng:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Phân loại sức khỏe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Họ tên bác sĩ khám:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ký tên:\_\_\_\_*

13. **Răng Hàm Mặt**:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Phân loại sức khỏe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Họ tên bác sĩ khám:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ký tên:\_\_\_\_*

**III. KHÁM CẬN LÂM SÀNG**

1. Xét nghiệm máu

- Công thức máu: Số lượng HC: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Bạch cầu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_  Tiểu cầu\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- Đường máu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- Khác (nếu có) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Xét nghiệm nước tiểu:

- Đường: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Protein: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- Khác (nếu có) ....................................................................................................................

..............................................................................................................................................

3. Chẩn đoán hình ảnh

- X quang tim phổi: 1 – Bình thường     □        2 – Không bình thường  □, ghi cụ thể:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- Khác (nếu có) ....................................................................................................................

..............................................................................................................................................

*Họ tên người ghi kết quả cận lâm sàng: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ký tên: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**IV. KẾT LUẬN**

Dựa vào những lời khai của đối tượng khám sức khỏe, kết quả khám lâm sàng và cận lâm sàng trên đây, tôi xác nhận về sức khỏe của đối tượng khám sức khỏe như sau:

1. Khỏe mạnh    □            Mắc bệnh     □     tên bệnh: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Đạt sức khỏe loại: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Hiện tại đủ/không đủ sức khỏe học tập, làm việc cho ngành nghề, công việc (Ghi cụ thể nếu có), hướng giải quyết (nếu có) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ngày khám sức khỏe (ngày/tháng/năm):.../ ..../.....

Ngày hết hạn của giấy chứng nhận sức khỏe (ngày/tháng/năm):..../..../......

|  |  |
| --- | --- |
|   | **NGƯỜI KÝ GIẤY CHỨNG NHẬN SỨC KHỎE***(Chức danh, ký tên, đóng dấu và ghi rõ họ tên)* |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PHỤ LỤC SỐ 3**SỔ KHÁM SỨC KHỎE ĐỊNH KỲ*(Ban hành kèm theo Thông tư số 13/2007/TT-BYT ngày 21/11/2007 của Bộ trưởng Bộ Y tế)*

|  |  |
| --- | --- |
| *Ảnh màu**(4 x 6cm)* | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAMĐộc lập – Tự do – Hạnh phúc\*\*\*\*\*\*\*** |

**SỔ KHÁM SỨC KHỎE ĐỊNH KỲ**1. Họ và tên *(viết chữ in hoa):.........................................................................................*2. Giới:          Nam □      nữ □       Sinh ngày: ………. Tháng …….. năm ……………………3. Số CMND hoặc hộ chiếu: ……………………..cấp ngày………/………../……….. tại  ……4. Hộ khẩu thường trú:..................................................................................................            5. Chỗ ở hiện tại:     .....................................................................................................6. Đối tượng: Học sinh, sinh viên     □       Người lao động    □7. Ngành, nghề hiện đang được đào tạo/làm việc: ...........................................................8. Tên đơn vị đang theo học/làm việc:.............................................................................9. Địa chỉ đơn vị đang theo học/làm việc: .......................................................................10. Ngày bắt đầu vào học/làm việc tại đơn vị hiện nay: ……../……./…………………11. Nghề, công việc trước đây (liệt kê các công việc đã làm trong 10 năm gần đây, tính từ thời điểm gần nhất):(1) ..............................................................................................................................thời gian làm việc …… tháng …… năm từ……/………../…………. đến ……../……../………..(2) ..............................................................................................................................thời gian làm việc …… tháng …… năm từ……/………../…………. đến ……../……../………..12. Tiền sử gia đình: ....................................................................................................13. Tiền sử bản thân:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Tên bệnh | Phát hiện năm | Bệnh nghề nghiệp: | Phát hiện năm |
| 1. |   | 1. |   |
| 2. |   | 2. |   |
| 3. |   | 3. |   |

*Ngày …….. tháng ….. năm ………….*

|  |  |
| --- | --- |
| Người lao động xác nhận*(Ký, ghi rõ họ tên)*……………………………………… | Người lập sổ KSK định kỳ*(Ký, ghi rõ họ tên)*………………………………………….. |

 |

|  |  |
| --- | --- |
| **BỘ Y TẾ**Sở Y tế/ Y tế ngành: ………………Đơn vị:……………………………… | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAMĐộc lập – Tự do – Hạnh phúc\*\*\*\*\*\*** |

**KHÁM SỨC KHỎE ĐỊNH KỲ**

(Học sinh, sinh viên  □      người lao động    □)

Họ và tên đối tượng KSK định kỳ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ngày KSK \_\_\_\_ /\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_

**I. KHÁM THỂ LỰC**     Chiều cao:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   cm             Mạch:\_\_\_\_\_\_\_\_\_ lần/phút

                                   Cân nặng:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ kg             Huyết áp:            /           mmHg

                                   Vòng ngực trung bình:\_\_\_\_\_\_ cm            Nhiệt độ:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_0C

                                  Chỉ số BMI:                  \_\_\_\_\_                  Nhịp thở: \_\_\_\_\_\_\_  lần/phút

*Phân loại sức khỏe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Họ tên bác sĩ khám:                        \_\_\_\_\_\_\_\_ ký tên:\_\_*

**II. KHÁM LÂM SÀNG**

1. Tuần hoàn:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Phân loại sức khỏe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Họ tên bác sĩ khám:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ký tên:\_\_\_\_*

2. Hô hấp:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Phân loại sức khỏe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Họ tên bác sĩ khám:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ký tên:\_\_\_\_*

3. Tiêu hóa:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Phân loại sức khỏe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Họ tên bác sĩ khám:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ký tên:\_\_\_\_*

4. Thận – Tiết niệu – sinh dục:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Phân loại sức khỏe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Họ tên bác sĩ khám:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ký tên:\_\_\_\_*

5. Thần kinh:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Phân loại sức khỏe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Họ tên bác sĩ khám:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ký tên:\_\_\_\_*

6. Tâm thần:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Phân loại sức khỏe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Họ tên bác sĩ khám:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ký tên:\_\_\_\_*

7. Hệ vận động:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Phân loại sức khỏe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Họ tên bác sĩ khám:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ký tên:\_\_\_\_*

8. Nội tiết:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Phân loại sức khỏe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Họ tên bác sĩ khám:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ký tên:\_\_\_\_*

9.Da liễu:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Phân loại sức khỏe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Họ tên bác sĩ khám:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ký tên:\_\_\_\_*

10. Sản phụ khoa:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Phân loại sức khỏe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Họ tên bác sĩ khám:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ký tên:\_\_\_\_*

11. Mắt

Thị thực: Không kính: Mắt phải: \_\_\_\_\_\_\_   Mắt trái: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

               Có kính        Mắt phải:  \_\_\_\_\_   Mắt trái:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Các bệnh về mắt:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Phân loại sức khỏe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Họ tên bác sĩ khám:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ký tên:\_\_\_\_*

12. Tai mũi họng:

Tai trái:                 nói thường:\_\_\_\_\_\_\_\_ m;     nói thầm: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ m

Tai phải:               nói thường:\_\_\_\_\_\_\_\_ m;    nói thầm: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ m

Bệnh về tai mũi họng:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Phân loại sức khỏe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Họ tên bác sĩ khám:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ký tên:\_\_\_\_*

13. Răng Hàm Mặt:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Phân loại sức khỏe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Họ tên bác sĩ khám:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ký tên:\_\_\_\_*

**III. KHÁM CẬN LÂM SÀNG**

1. Xét nghiệm máu

- Công thức máu: Số lượng HC: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Bạch cầu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_  Tiểu cầu\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- Đường máu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- Khác (nếu có) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Xét nghiệm nước tiểu:

- Đường: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Protein: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- Khác (nếu có) ............................................................................................................

3. Chẩn đoán hình ảnh

- X quang tim phổi: 1 – Bình thường     □        2 – Không bình thường  □, ghi cụ thể:

...................................................................................................................................

- Khác (nếu có) ............................................................................................................

*Họ tên người ghi kết quả cận lâm sàng: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ký tên: .......................*

**IV. KẾT LUẬN**

Dựa vào những lời khai của đối tượng khám sức khỏe, kết quả khám lâm sàng và cận lâm sàng trên đây, tôi xác nhận về sức khỏe của đối tượng KSK định kỳ như sau:

1. Khỏe mạnh    □            Mắc bệnh     □     tên bệnh: ...................................................

...................................................................................................................................

2. Đạt sức khỏe loại: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Hiện tại đủ/không đủ sức khỏe học tập/làm việc cho ngành nghề, công việc (Ghi cụ thể nếu có), hướng giải quyết (nếu có) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. Hướng giải quyết *(chỉ định điều trị, phục hồi chức năng, khám chuyên khoa, khám bệnh nghề nghiệp, chuyển ngành, nghề, công việc khác phù hợp với sức khỏe hiện tại … (nếu có):*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ngày khám sức khỏe (ngày/tháng/năm): ..../..../...

|  |  |
| --- | --- |
|   | **THỦ TRƯỞNG CƠ QUAN KHÁM SỨC KHỎE***(Chức danh, ký tên, đóng dấu và ghi rõ họ tên)* |