

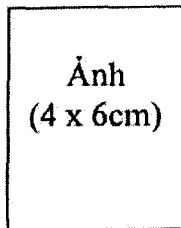
**Phụ lục 1**  
**MẪU GIẤY KHÁM SỨC KHỎE DÙNG CHO NGƯỜI TỪ ĐỦ 18 TUỔI TRỞ LÊN**  
*(Kèm theo Thông tư số 14/2013/TT-BYT ngày 06 tháng 5 năm 2013*  
*của Bộ trưởng Bộ Y tế)*

.....<sup>1</sup>.....  
.....<sup>2</sup>.....

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

Số: /GKSK-.....<sup>3</sup>.....

**GIẤY KHÁM SỨC KHỎE**



Họ và tên (*chữ in hoa*): .....

Giới:      Nam       Nữ       Tuổi:.....

Số CMND hoặc Hộ chiếu: ..... cấp ngày...../...../.....  
tại.....

Chỗ ở hiện tại:.....

Lý do khám sức khỏe:.....

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

**1. Tiền sử gia đình:**

Có ai trong gia đình ông (bà) mắc một trong các bệnh: truyền nhiễm, tim mạch, đái tháo đường, lao, hen phế quản, ung thư, động kinh, rối loạn tâm thần, bệnh khác:      a) Không      ;      b) Có      ; Nếu “có”, đề nghị ghi cụ thể tên bệnh:.....

**2. Tiền sử bản thân:** Ông (bà) đã/đang mắc bệnh, tình trạng bệnh nào sau đây không: Bệnh truyền nhiễm, bệnh tim mạch, đái tháo đường, lao, hen phế quản, ung thư, động kinh, rối loạn tâm thần, bệnh khác: a) Không      ;      b) Có        
Nếu “có”, đề nghị ghi cụ thể tên bệnh: .....

**3. Câu hỏi khác (nếu có):**

a) Ông (bà) có đang điều trị bệnh gì không? Nếu có, xin hãy liệt kê các thuốc đang dùng và liều lượng:  
.....

b) Tiền sử thai sản (Đối với phụ nữ): .....

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**  
*(Ký và ghi rõ họ, tên)*

<sup>1</sup> Tên cơ quan chủ quản của cơ sở khám sức khỏe

<sup>2</sup> Tên của cơ sở khám sức khỏe

<sup>3</sup> Chữ viết tắt tên cơ sở khám sức khỏe



### III. KHÁM CẬN LÂM SÀNG

Nội dung khám	Họ tên, chữ ký của Bác sỹ
<b>1. Xét nghiệm máu:</b> a) Công thức máu: Số lượng HC: ..... Số lượng Bạch cầu: ..... Số lượng Tiểu cầu: ..... b) Sinh hóa máu: Đường máu: ..... Urê: ..... Creatinin: ..... ASAT (GOT): ..... ALAT (GPT): ..... c) Khác (nếu có): .....	..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....
<b>2. Xét nghiệm nước tiểu:</b> a) Đường: ..... b) Prôtêin: ..... c) Khác (nếu có): .....	..... ..... ..... .....
<b>3. Chẩn đoán hình ảnh:</b> ..... ..... .....	..... ..... .....

### IV. KẾT LUẬN

1. Phân loại sức khỏe: .....<sup>4</sup>

2. Các bệnh, tật (nếu có): .....<sup>5</sup>

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

..... ngày..... tháng..... năm.....

**NGƯỜI KẾT LUẬN**

(Ký, ghi rõ họ, tên và đóng dấu)

<sup>4</sup> Phân loại sức khỏe theo quy định tại Quyết định số 1613/BYT - QĐ hoặc phân loại sức khỏe theo quy định của bộ tiêu chuẩn sức khỏe chuyên ngành đối với trường hợp khám sức khỏe chuyên ngành

<sup>5</sup> Ghi rõ các bệnh, tật, phương án điều trị, phục hồi chức năng hoặc giới thiệu khám chuyên khoa để khám bệnh, chữa bệnh