

SỞ Y TẾ QUẢNG NGÃI
TRUNG TÂM Y TẾ HUYỆN BA TƠ

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

Số: ⁴⁹¹ /GKSK-TTYTBT

GIẤY KHÁM SỨC KHỎE



1. Họ và tên (Viết chữ in hoa): LÊ THỊ TRƯỜNG VY
 2. Giới tính Nam ☐ Nữ ☒
 3. Sinh Ngày 09 tháng 07 năm 2002 (Tuổi: 23)
 4. Số CMND/CCCD/Hộ chiếu/Định danh CD: 051302011882
 5. Cấp ngày 19/07/2024 Tại: Bà Rịa
 6. Chỗ ở hiện tại: Bà Rịa, hẻm 1, Đường 100 Ngai

* Lưu ý: Trường hợp đối tượng KSK có CCCD gắn chip hoặc có sổ 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 các mục (1) Họ và tên, (3) Ngày tháng năm sinh, (4) Số định danh công dân
 7. Lý do khám sức khỏe: bà sung hồ sơ viên chức

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:

TT	Tên bệnh, tật	Có	Không	TT	Tên bệnh, tật	Có	Không
1	Có bệnh hay bị thương trong 5 năm qua	☐	☒	12	Đái tháo đường hoặc kiểm soát tăng đường huyết	☐	☒
2	Có bệnh thần kinh hay bị thương ở đầu	☐	☒	13	Bệnh tâm thần	☐	☒
3	Bệnh mắt hoặc giảm thị lực (từ trường hợp đeo kính thuốc)	☐	☒	14	Mất ý thức, rối loạn ý thức	☐	☒
4	Bệnh ở tai, giảm sức nghe hoặc thính giác	☐	☒	15	Ngất, chóng mặt	☐	☒
5	Bệnh ở tim, hoặc nhồi máu cơ tim, các bệnh tim mạch khác	☐	☒	16	Bệnh tiêu hóa	☐	☒
6	Phẫu thuật can thiệp tim mạch (thay van bắc cầu nối, tạo hình mạch, máy tạo nhịp, đặt stent mạch, ghép tim)	☐	☒	17	Rối loạn giấc ngủ, ngừng thở khi ngủ, ngủ rũ ban ngày, ngáy to	☐	☒
7	Tăng huyết áp	☐	☒	18	Tai biến mạch máu não hoặc liệt	☐	☒
8	Khó thở	☐	☒	19	Bệnh hoặc tổn thương cột sống	☐	☒
9	Bệnh phổi, hen, khí phế thũng, viêm phế quản mạn tính	☐	☒	20	Sử dụng rượu thường xuyên, liên tục	☐	☒
10	Bệnh thận, lọc máu	☐	☒	21	Sử dụng ma túy và chất gây nghiện	☐	☒
11	Nghiện rượu, bia	☐	☒	22	Bệnh khác (ghi rõ)	☐	☐

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.

Ba To ngày 09 tháng 04 năm 2025

Người đề nghị khám sức khỏe

(Ký và ghi rõ họ, tên)

Lê Thị Truong Vy

I. KHÁM THỂ LỰC

- Chiều cao: 158 cm - Cân nặng: 47 kg - Chỉ số BMI:

- Mạch: 78 lần/phút - Huyết áp: 110 / 70 mmHg

Phân loại thể lực:

II. KHÁM LÂM SÀNG

Nội dung khám		Họ tên và chữ ký của Bác sỹ chuyên khoa
1. Nội khoa		
a) Tuần hoàn		
Phân loại		
b) Hô hấp		
Phân loại		
c) Tiêu hóa		
Phân loại		
d) Thận-Tiết niệu		
Phân loại		
d) Nội tiết		
Phân loại		
e) Cơ-Xương-Khớp		
Phân loại		
g) Thần kinh		
Phân loại		

h)	Tâm thần Phân loại		BS. Đinh Thị Quế
2.	Ngoại khoa, Da liễu - Ngoại khoa Phân loại	BF Cao ¹ /I	BS. Đặng Minh Tuấn
3.	Sản phụ khoa Phân loại		BS. Đinh Thị Quế
4.	Mắt		
Kết quả khám thị lực: Không kính: Mắt phải 10/20 Mắt trái 10/10 Có kính: Mắt phải.....Mắt trái.....			
Các bệnh về mắt (nếu có)		BF	BS. Đặng Minh Tuấn
Phân loại		Cao ¹ /I	
5.	Tai - Mũi - Họng		
Kết quả khám thính lực:			
Tai trái: Nói thường.....m; Nói thầm 0.5.....m			
Tai phải: Nói thường.....m; Nói thầm 0.5.....m			
Các bệnh về tai mũi họng (nếu có):		BF	BS. Đặng Minh Tuấn
Phân loại		Cao ¹ /I	
6.	Răng - Hàm - Mặt		
Kết quả khám: Hàm trên: Hàm dưới:		BF	BS. Nguyễn Thị Lê Thùy
Các bệnh về răng hàm mặt (nếu có):			
Phân loại		Cao ¹ /I	

III. KHÁM CẬN LÂM SÀNG

Nội dung khám	Họ tên, chữ ký của Bác sỹ
1. Xét nghiệm máu: a) Công thức máu: Số lượng HC: 4.5 x 10 ¹² /l. Số lượng Bạch cầu: 8.10 x 10 ⁹ /l. Số lượng tiểu cầu: 2.12 x 10 ⁹ /l. b) Sinh hóa máu: Đường máu: Ure: Creatinin: ASAT(GOT): ALAT(GPT):	 CN. Dinh Thi Thu Hien
2. Xét nghiệm nước tiểu: a) Đường: b) Protein: c) Khác (nếu có):	
3. Chẩn đoán hình ảnh (XQ tim phổi thẳng):	

IV. KẾT LUẬN

- Phân loại sức khỏe: Hết tác động hết
- Các bệnh, tật (nếu có): Chưa bệnh khỏe

..... ngày 9 tháng 10 năm 2026

NGƯỜI KẾT LUẬN

(Ký, ghi rõ họ tên và đóng dấu)



GIÁM ĐỐC

Dinh Thị Mai Hương