

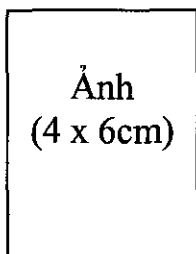
**Phụ lục 1**  
**MẪU GIẤY KHÁM SỨC KHỎE DÙNG CHO NGƯỜI TỪ ĐỦ 18 TUỔI TRỞ LÊN**  
*(Kèm theo Thông tư số 14/2013/TT-BYT ngày 06 tháng 5 năm 2013*  
*của Bộ trưởng Bộ Y tế)*

.....<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

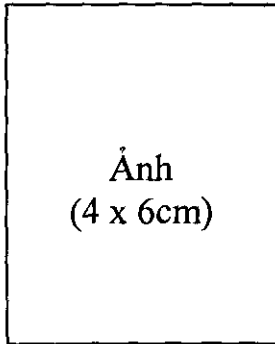




**Phụ lục 3**  
**MẪU SỔ KHÁM SỨC KHỎE ĐỊNH KỲ**  
*(Kèm theo Thông tư số 14/2013/TT-BYT ngày 06 tháng 5 năm 2013*  
*của Bộ trưởng Bộ Y tế)*

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

**SỔ KHÁM SỨC KHỎE ĐỊNH KỲ**



1. Họ và tên (*chữ in hoa*): .....
2. Giới:      Nam     Nữ     Tuổi:.....
3. Số CMND hoặc Hộ chiếu: ..... cấp ngày...../...../.....  
tại.....
4. Hộ khẩu thường trú:.....  
.....  
.....
5. Chỗ ở hiện tại:.....  
.....
6. Nghề nghiệp: .....<sup>11</sup>
7. Nơi công tác, học tập:.....<sup>12</sup>
8. Ngày bắt đầu vào học/làm việc tại đơn vị hiện nay: ...../...../.....
9. Nghề, công việc trước đây (liệt kê các công việc đã làm trong 10 năm gần đây, tính từ thời điểm gần nhất):  
a) .....<sup>13</sup>  
thời gian làm việc.....<sup>14</sup>.....năm....<sup>15</sup>.....tháng từ ngày...../...../.....  
đến ...../...../.....  
b) .....<sup>16</sup>  
thời gian làm việc ..... năm ..... tháng từ ngày...../...../.....  
đến ...../...../.....
10. Tiền sử bệnh, tật của gia đình: .....
11. Tiền sử bản thân: .....

Tên bệnh	Phát hiện năm	Tên bệnh nghề nghiệp	Phát hiện năm
a)		a)	
b)		b)	

**Người lao động xác nhận**  
*(Ký và ghi rõ họ, tên)*

.....ngày ..... tháng ... năm .....

**Người lập sổ KSK định kỳ**  
*(Ký và ghi rõ họ, tên)*

<sup>11</sup> Ghi rõ công việc hiện nay đang làm.  
<sup>12</sup> Ghi rõ tên, địa chỉ cơ quan, đơn vị nơi người được khám sức khỏe đang lao động, học tập  
<sup>13</sup> Ghi rõ công việc hiện nay đã làm  
<sup>14</sup> Số năm mà người được khám sức khỏe đã làm công việc đó  
<sup>15</sup> Số tháng mà người được khám sức khỏe đã làm công việc đó  
<sup>16</sup> Ghi rõ công việc hiện nay đã làm

## KHÁM SỨC KHỎE ĐỊNH KỲ

### I. TIỀN SỬ BỆNH, TẬT

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

### I. KHÁM THỂ LỰC

Chiều cao: ..... cm; Cân nặng: ..... kg; Chỉ số BMI: .....  
Mạch: ..... lần/phút; Huyết áp: ..... / ..... mmHg  
Phân loại thể lực: .....

### II. KHÁM LÂM SÀNG

Nội dung khám	Họ tên, chữ ký của Bác sĩ
<b>1. Nội khoa:</b>	
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 .....	.....
<b>2. Ngoại khoa:</b> .....	.....
Phân loại .....	.....
<b>3. Sản phụ khoa:</b> .....	.....
Phân loại .....	.....
<b>4. Mắt:</b>	.....
- Kết quả khám thị lực: Không kính: Mắt phải:..... Mắt trái: .....	.....
Có kính: Mắt phải:..... Mắt trái: .....	.....
- Các bệnh về mắt (nếu có): .....	.....
- Phân loại: .....	.....
<b>5. Tai-Mũi-Họng:</b>	.....
- 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):..... - Phân loại: .....	
<b>6. Răng-Hàm-Mặt</b> - Kết quả khám: + Hàm trên:..... + Hàm dưới: .....	
- Các bệnh về Răng-Hàm-Mặt (nếu có):..... - Phân loại:.....	
<b>7. Da liễu:</b> .....	
Phân loại:.....	

### III. KHÁM CẬN LÂM SÀNG

Nội dung khám	Họ tên, chữ ký của Bác sỹ
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:.....	.....

### IV. KẾT LUẬN

1. Phân loại sức khỏe:.....<sup>17</sup>
2. Các bệnh, tật (nếu có): .....<sup>18</sup>  
.....  
.....

..... ngày..... tháng..... năm.....

**NGƯỜI KẾT LUẬN**  
(Ký, ghi rõ họ tên và đóng dấu)

<sup>17</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>18</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

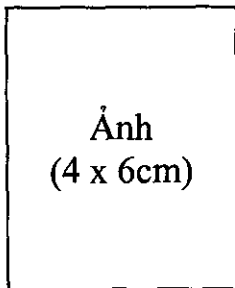
**Phụ lục 2**  
**MẪU GIẤY KHÁM SỨC KHỎE DÙNG CHO NGƯỜI DƯỚI 18 TUỔI**  
*(Kèm theo Thông tư số 14/2013/TT-BYT ngày 06 tháng 5 năm 2013  
của Bộ trưởng Bộ Y tế)*

.....<sup>6</sup>.....  
.....<sup>7</sup>.....  
.....

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

Số: /GKSK-....<sup>8</sup>.....

**GIẤY KHÁM SỨC KHỎE**



Họ và tên (*chữ in hoa*): .....

Giới: Nam  Nữ  Tuổi:.....

Số CMND hoặc Hộ chiếu (nếu có): .....

cấp ngày...../...../.....tại.....

Họ và tên bố, mẹ hoặc người giám hộ:.....

.....

Chỗ ở hiện tại:.....

.....

Lý do khám sức khỏe:.....

.....

.....

**TIỀN SỬ BỆNH TẬT**

**1. Tiền sử gia đình:**

Có ai trong gia đình (ông, bà, bố, mẹ, anh chị em) mắc các bệnh bẩm sinh

hoặc bệnh truyền nhiễm: Không  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 tháng; Đẻ có can thiệp; Đẻ  
ngạt, Mẹ bị bệnh trong thời kỳ mang thai (nếu có cần ghi rõ tên  
bệnh:.....

.....

.....

.....)

<sup>6</sup> Tên cơ quan chủ quản của cơ sở khám sức khỏe

<sup>7</sup> Tên của cơ sở khám sức khỏe

<sup>8</sup> Chữ viết tắt tên cơ sở khám sức khỏe

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 mạn tính)

- Không

- Có

Nếu “có”, ghi cụ thể tên bệnh.....

d) Hiện tại có đang điều trị bệnh gì không? 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 người giám hộ)  
(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

Phân loại thể lực:.....

**II. KHÁM LÂM SÀNG**

1. Nhi khoa	Họ tên, chữ ký của Bác sỹ
a) Tuần hoàn: .....	.....
b) Hô hấp: .....	.....
c) Tiêu hóa: .....	.....



<b>Nhi khoa</b>	
d) Thận-Tiết niệu:.....	.....
đ) Thần kinh-Tâm thần: .....	.....
e) Khám lâm sàng khác:.....	.....
<b>2. Mắt:</b>	
a) Kết quả khám thị lực: Không kính: Mắt phải:..... Mắt trái: .....	.....
Có kính: Mắt phải: ..... Mắt trái .....	.....
b) Các bệnh về mắt (nếu có):.....	.....
<b>3. Tai-Mũi-Họng</b>	
a) Kết quả khám thính lực:	
Tai trái: Nói thường:..... m; Nói thầm:.....m	
Tai phải: Nói thường:..... m; Nói thầm:.....m	
b) Các bệnh về Tai-Mũi-Họng (nếu có):.....	.....
<b>4. Răng-Hàm-Mặt</b>	
a) Kết quả khám: + Hàm trên:.....	.....
+ Hàm dưới: .....	.....
b) Các bệnh về Răng-Hàm-Mặt (nếu có).....	.....

### III. KHÁM CẬN LÂM SÀNG

Nội dung khám	Họ tên, chữ ký của Bác sỹ
Xét nghiệm huyết học/sinh hóa/Xquang và các xét nghiệm khác khi có chỉ định của bác sỹ: Kết quả:.....	.....
.....	.....
.....	.....

### IV. KẾT LUẬN CHUNG

Sức khỏe bình thường.....<sup>9</sup>.....

Hoặc các vấn đề sức khỏe cần lưu ý:.....<sup>10</sup>.....

.....

.....

..... ngày..... tháng..... năm.....

**NGƯỜI KẾT LUẬN**  
(Ký, ghi rõ họ tên và đóng dấu)

<sup>9</sup> Nếu không có vấn đề gì về sức khỏe: Ghi Bình thường.

<sup>10</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