

MẪU SỔ KHÁM SỨC KHỎE ĐỊNH KỲ

(Ban hành kèm theo Thông tư số 09/2023/TT-BYT ngày 05 tháng 5 năm 2023 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

Ảnh
(4x6 cm)

1. Họ và tên (chữ in hoa):
2. Giới tính: Nam ☐ Nữ ☐ Tuổi
3. Số CMND/CCCD/Hộ chiếu/Định danh CD:
Cấp ngày/...../..... Tại
.....

4. Số thẻ BHYT: 5. Số điện thoại liên hệ:
6. Nơi ở hiện tại:
.....
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 việcnămtháng từ ngày/...../..... đến/...../.....
b)
thời gian làm việcnămtháng 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)

.....ngàytháng.....năm.....
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 mổ 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, chữ ký của Bác sỹ
1.	Nội khoa	
a)	Tuần hoàn:	
	Phân loại:	
b)	Hô hấp:	
	Phân loại:	
c)	Tiêu hóa:	

	Phân loại:	
d)	<i>Thận-Tiết niệu:</i>	
	Phân loại:	
đ)	<i>Nội tiết:</i>	
	Phân loại:	
e)	<i>Cơ - xương - khớp:</i>	
	Phân loại:	
g)	<i>Thần kinh:</i>	
	Phân loại:	
h)	<i>Tâm thần:</i>	
	Phân loại:	
2.	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:		
3.	Tai - Mũi - Họng	
<i>Kết quả khám thính lực:</i>		
Tai trái: Nói thườngm; Nói thầm.....m		
Tai phải: Nói thường m; Nói thầm.....m		
<i>Các bệnh về tai mũi họng (nếu có):</i>		
Phân loại:		
4.	Răng - Hàm - Mặt	
<i>Kết quả khám:</i> Hàm trên: Hàm dưới:		
<i>Các bệnh về răng hàm mặt (nếu có):</i>		
Phân loại:		
5.	Da liễu	
<i>Kết quả khám:</i>		
Phân loại:		
6.	Phụ sản (<i>Chi tiết nội dung khám theo Danh mục tại Phụ lục 3b</i>)	
<i>Kết quả khám:</i>		

Phân loại:	
------------------	--

II. 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 khỏe¹:

2. Các bệnh, tật (nếu có)²:
.....
.....
.....

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