

PHỤ LỤC SỐ XXIV

(Ban hành kèm theo Thông tư số /2026/TT-BYT ngày tháng năm 2026 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

Mẫu số 01

Giấy khám sức khỏe và khám sức khỏe định kỳ dùng cho trẻ em dưới 06 tuổi

.....

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

.....

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Số:/GKSK-.....

GIẤY KHÁM SỨC KHỎE VÀ KHÁM SỨC KHOẺ ĐỊNH KỲ DÙNG CHO TRẺ EM DƯỚI 06 TUỔI

THÔNG TIN HÀNH CHÍNH

- | | |
|---|---|
| 1. Họ và tên (In hoa): | 2. Số CCCD/Hộ chiếu/Mã định danh:..... |
| 3. Ngày sinh: | 4. Giới: <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ |
| 5. Sinh non: <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có | 6. Tuần thai khi sinh:..... tuần |
| 7. Dân tộc: | 8. Đối tượng: |
| 9. Nguồn chi trả:..... | |
| 10. Nhóm máu:(nếu có) | |
| 11. Nơi ở hiện tại: Tỉnh/ thành:.....phường/ xã:.....số nhà/ thôn/ xóm..... | |
| 12. Họ tên người đi cùng trẻ/ Người giám hộ: | |
| 13. Mối quan hệ với trẻ: <input type="checkbox"/> Cha <input type="checkbox"/> Mẹ <input type="checkbox"/> Ông/bà <input type="checkbox"/> Anh/chị <input type="checkbox"/> Họ hàng <input type="checkbox"/> Khác | |
| 14. Số điện thoại liên hệ: | 15. Mã định danh/CCCD người đi cùng trẻ: |
| 16. Ngày khám: | 17. Cơ sở khám: |
| 18. Tiền sử: | |
| - Bản thân: <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có (ghi rõ tên bệnh nếu có)..... | |
| - Gia đình: <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có (ghi rõ tên bệnh nếu có)..... | |
| - Tiền sử tiếp xúc với người bệnh lao: <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có | |

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 thân nhân của người bệnh)

(Ký và ghi rõ họ, tên)

ĐÁNH GIÁ DẤU HIỆU SINH TỒN					
Nhiệt độ:.... độ C	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Sốt	<input type="checkbox"/> Hạ thân nhiệt		
Mạch:.....lần/phút	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Nhanh			
Nhịp thở:.....lần/phút	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Thở nhanh	<input type="checkbox"/> Thở chậm		
ĐÁNH GIÁ DINH DƯỠNG					
Chiều dài (cm).....Chiều dài/Tuổi:SD					
Cân nặng (kg).....Cân nặng/Tuổi:SD					
Vòng đầu (cm):	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Đầu to	<input type="checkbox"/> Đầu nhỏ		
Chu vi vòng cánh tay (mm):					
Tình trạng dinh dưỡng:	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Phù dinh dưỡng	<input type="checkbox"/> Dấu hiệu thiếu máu		
	<input type="checkbox"/> Dấu hiệu còi xương	<input type="checkbox"/> Suy dinh dưỡng	<input type="checkbox"/> Thừa cân/béo phì		
ĐÁNH GIÁ PHÁT TRIỂN TINH THẦN -VẬN ĐỘNG					
Hành vi và năng lực trẻ theo độ tuổi	Kết quả				
	Có	Không			
- Phát triển tinh thần bình thường của trẻ theo độ tuổi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
- Phát triển vận động bình thường của trẻ theo độ tuổi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
- Trẻ có nguy cơ tự kỷ (với trẻ từ 16-30 tháng tuổi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
ĐÁNH GIÁ TIÊM CHỦNG					
Kiểm tra số tiêm chủng	Có	Không			
- Lao (sơ sinh)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
- Viêm gan B mũi 1 (sơ sinh)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
- Tiêm chủng đầy đủ các loại vắc xin theo độ tuổi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
KHÁM LÂM SÀNG					
<i>Quan sát: Nét mặt/tư thế/tỷ lệ, sự đối xứng với các bộ phận cơ thể/sự chuyển động của trẻ. Tìm dấu hiệu bệnh cấp hoặc mạn tính.</i>					
1. Toàn trạng					
- Màu sắc da	<input type="checkbox"/> Hồng hào	<input type="checkbox"/> Nhợt	<input type="checkbox"/> Tím	<input type="checkbox"/> Vàng	<input type="checkbox"/> Sạm da
- Lòng bàn tay:	<input type="checkbox"/> Bình thường (không nhợt)	<input type="checkbox"/> Không bình thường (nhợt)			
2. Đầu - cổ					
2.1. Khám đầu - cổ					
- Thóp (trẻ nhỏ còn thóp):	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Rộng	<input type="checkbox"/> Hẹp	<input type="checkbox"/> Thóp phồng	
- Kích thước và hình dạng đầu:	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Không bình thường			
- Vận động cổ:	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Giới hạn			

- Khối bất thường:	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có
<hr/>		
2.2. Khám mắt		
- Vị trí 2 mắt:	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> 2 mắt xa nhau
- Mí mắt và kết mạc:	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Sung/ đỏ <input type="checkbox"/> Chảy ghèn/mủ
- Đồng tử (kích thước, phản xạ):	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Không bình thường
- Lác mắt:	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có
<hr/>		
2.3. Khám tai		
- Tai và màng nhĩ:	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Không bình thường
- Đáp ứng với âm thanh:	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Không bình thường
- Có khối sưng sau tai:	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có
- Dấu hiệu chảy mủ, nước tai:	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có
<hr/>		
2.4. Khám mũi- họng		
- Hình dạng mũi:	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Mũi to, dày <input type="checkbox"/> Bất sản xương mũi
- Chảy nước mũi:	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có
- Nghẹt mũi:	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có
- Họng:	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Không bình thường
<hr/>		
2.5. Khám miệng, răng (với trẻ đã có răng)		
- Hình dạng miệng:	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Sút môi, chẻ vòm
- Răng sữa sơ sinh:	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có
- Hình dạng lưỡi:	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Lưỡi to bè
- Dính thắng lưỡi:	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có
- Nám miệng:	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có
- Cằm nhỏ, tụt về sau:	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có
- Vết sâu, mảng bám, lỗ trên răng:	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có
<hr/>		
3. Hô hấp		
- Nhịp thở không đều:	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có cơn ngưng thở trên 5 giây
- Thở rút lõm lồng ngực:	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có
- Tiếng thở bất thường:	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có
- Dấu hiệu suy hô hấp:	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có

- Nghe phổi: Bình thường Không bình thường

4. Tim mạch

- Vị trí mỏm tim: Bình thường Không bình thường
- Mạch ngoại vi (mạch quay-bẹn): Bất rõ Mạch nhẹ Không bắt được
- Nghe tim (loạn nhịp, tiếng thổi): Không Có

5. Bụng và cơ quan sinh dục

- Hình dáng bụng, rốn: Bình thường Không bình thường
- Gan, lách to: Không Có
- Khối bất thường: Không Có
- Lỗ hậu môn: Bình thường Không bình thường
- Cơ quan sinh dục ngoài: Bình thường Không bình thường

6. Cơ xương và thần kinh

- Vận động không đối xứng: Không Có
- Phản xạ bú: Không Có
- Phản xạ nắm: Không Có
- Phản xạ Moro: Không Có
- Trương lực cơ: Bình thường Tăng Giảm
- Khớp háng: Bình thường Trật khớp háng
- Phản xạ cơ: Bình thường Không bình thường
- Kiểm tra lưng, cột sống: Bình thường Không bình thường
- Khám tứ chi và khớp: Bình thường Không bình thường
- Quan sát dáng đi: Bình thường Không bình thường

KẾT LUẬN VÀ TƯ VẤN

Kết luận về sức khỏe:

Bình thường.
 Có nguy cơ mắc lao (tiền sử tiếp xúc).
 Có vấn đề về sức khỏe.

Ghi rõ:

Tư vấn và hẹn khám lần sau hoặc chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh để khám chuyên khoa, điều trị bệnh.

..... ngày..... tháng.... năm.....

NGƯỜI KẾT LUẬN

(Ký, ghi rõ họ tên và đóng dấu)

Mẫu số 02

Giấy khám sức khỏe và khám sức khỏe định kỳ dùng cho người từ đủ 06 tuổi đến dưới 18 tuổi

.....
.....

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

Số:/GKSK-.....

GIẤY KHÁM SỨC KHỎE VÀ KHÁM SỨC KHOẺ ĐỊNH KỲ DÙNG CHO
NGƯỜI TỪ ĐỦ 06 TUỔI ĐẾN DƯỚI 18 TUỔI

1. Họ và tên (viết chữ in hoa):
2. Giới tính: Nam Nữ 3. Ngày tháng năm sinh; Tuổi:.....
4. Số CCCD/Hộ chiếu/Mã định danh:.....
5. Cấp ngày...../...../..... Nơi cấp.....
6. Dân tộc:
7. Đối tượng.....
8. Nguồn chi trả:.....
9. Nhóm máu:(nếu có)
10. Nơi ở hiện tại: Tỉnh/ thành:.....phường/ xã:.....số nhà/ thôn/ xóm.....
11. Họ tên người đi cùng trẻ/ Người giám hộ (đối với trẻ ≤16 tuổi):
12. Mối quan hệ với trẻ: Cha Mẹ Ông/bà Anh/chị Họ hàng Khác
13. Lý do khám sức khỏe:.....

TIỀN SỬ BỆNH TẬT

1. Tiền sử gia đình

Có ai trong gia đình mắc các bệnh bẩm sinh hoặc bệnh truyền nhiễm không:

a) Không b) Có; Nếu “có”, đề nghị ghi cụ thể tên bệnh:

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

2. Tiền sử bản thân:

a) Sản khoa:

Bình thường.

Không bình thường: Để thiếu tháng; Để thừa cân; Để có can thiệp; Để ngạt; Mẹ bị bệnh trong thời kỳ mang thai (Nếu có cần ghi rõ tên bệnh):

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

b) Tiêm chủng:

STT	Loại vắc xin	Tình trạng tiêm/uống vắc xin		
		Có	Không	Không nhớ rõ
1	BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Bạch hầu, ho gà, uốn ván	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Sởi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Bại liệt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Viêm não Nhật Bản B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Viêm gan B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Các loại khác	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

c) Tiền sử bệnh/tật: (Các bệnh bẩm sinh và mãn tính)

Không

Có

Nếu “có”: ghi cụ thể tên bệnh

.....

d) Hiện tại có đang điều trị bệnh gì không?

Không

Có

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 thân nhân
của người bệnh)

(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

II. KHÁM LÂM SÀNG

Nội dung khám		Họ tên và chữ ký của Bác sỹ
1. Nhi khoa		
a)	Tuần hoàn	
b)	Hô hấp	
c)	Tiêu hóa	
d)	Thận-Tiết niệu, Sinh dục	
đ)	Thần kinh	
e)	Tâm thần	
g)	Khám lâm sàng khác	
2. Mắt:		
Kết quả khám thị lực:		
Không kính: Mắt phải..... Mắt trái.....		
Có kính: Mắt phải..... Mắt trái.....		
Các bệnh về mắt (nếu có):.....		
3. Tai - Mũi - Họng		
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):.....		
4. Răng - Hàm - Mặt		
Kết quả khám:		
Hàm trên:		
Hàm dưới:		
Các bệnh về răng hàm mặt (nếu có):.....		

III. KHÁM CẬN LÂM SÀNG

Nội dung khám	Họ tên, chữ ký của Bác sỹ
Cận lâm sàng thực hiện theo chỉ định của bác sỹ: Kết quả:	

IV. KẾT LUẬN CHUNG:

1. Tình trạng sức khỏe; mắc các bệnh, tật (nếu có).....
2. Phân loại sức khỏe (theo quy định của Bộ Y tế).....

..... ngày..... tháng.... năm.....

NGƯỜI KẾT LUẬN

(Ký, ghi rõ họ tên và đóng dấu)

Mẫu số 03

Giấy khám sức khỏe và khám sức khỏe định kỳ dùng cho người từ đủ 18 tuổi trở lên

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

Số:/GKSK-.....

**GIẤY KHÁM SỨC KHỎE VÀ KHÁM SỨC KHỎE ĐỊNH KỲ DÙNG CHO NGƯỜI TỪ
ĐỦ 18 TUỔI TRỞ LÊN**

1. Họ và tên (*viết chữ in hoa*):
2. Giới tính: Nam Nữ
3. Ngày tháng năm sinh:..... (Tuổi:.....)
4. Số CCCD/Hộ chiếu/Mã định danh:.....
5. Cấp ngày...../...../..... Nơi cấp.....
6. Dân tộc: 7. Đối tượng.....
8. Nguồn chi trả:..... 9. Nhóm máu:(nếu có)
10. Nơi ở hiện tại: Tỉnh/ thành:.....phường/ xã:.....số nhà/ thôn/ xóm.....;
11. Nghề nghiệp:
12. Nơi làm việc, học tập:
13. 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:

TT	Tên bệnh, tật	Có	Không	STT	Tên bệnh, tật	Có	Không
1	Có bệnh hay bị thương trong 5 năm qua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12	Đái tháo đường hoặc kiểm soát tăng đường huyết	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Có bệnh thần kinh hay bị thương ở đầu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13	Bệnh tâm thần	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Bệnh mắt hoặc giảm thị lực (trừ trường hợp đeo kính thuốc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14	Mất ý thức, rối loạn ý thức	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Bệnh ở tai, giảm sức nghe hoặc thăng bằng	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15	Ngất, chóng mặt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5	Bệnh ở tim, hoặc nhồi máu cơ tim, các bệnh tim mạch khác	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16	Bệnh tiêu hóa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Phẫu thuật can thiệp tim - mạch (thay van, bắc cầu nối, tạo hình mạch, máy tạo nhịp, đặt stent mạch, ghép tim)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17	Rối loạn giấc ngủ, ngừng thở khi ngủ, ngủ rũ ban ngày, ngáy to	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Tăng huyết áp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18	Tai biến mạch máu não hoặc liệt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Khó thở	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19	Bệnh hoặc tổn thương cột sống	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Bệnh phổi, hen, khí phế thũng, viêm phế quản mạn tính	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20	Sử dụng rượu thường xuyên, liên tục	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Bệnh thận, lọc máu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21	Sử dụng ma túy và chất gây nghiện	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Nghiện rượu, bia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22	Bệnh khác (ghi rõ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Câu hỏi khác (nếu có):

a) Ông (bà) có đang điều trị bệnh gì không?

Không

Có (Nếu có, xin hãy liệt kê tên bệnh, các thuốc đang dùng và liều lượng):

.....
.....

b) Tiền sử thai sản (Đối với phụ nữ):

Không

Có (Nếu có, xin hãy liệt kê tên bệnh, các thuốc đang dùng và liều lượng):

.....
.....

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)

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 và chữ ký của Bác sỹ
1.	Nội khoa	
	<i>Tuần hoàn</i>	
a)	Phân loại	
b)	<i>Hô hấp</i>	
	Phân loại	
c)	<i>Tiêu hóa</i>	
	Phân loại	
d)	<i>Thận-Tiết niệu-Sinh dục</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.	Ngoại khoa	
	Phân loại:.....	
3	Da liễu:	
	Phân loại:.....	
4.	Sản phụ khoa:	
	Phân loại:.....	
5. 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:.....		

6. Tai - Mũi - Họng	
<i>Kết quả khám thính lực:</i>	
Tai trái: Nói thường..... m; Nói thầm..... m	
Tai phải: Nói thường..... m; Nói thầm..... m	
<i>Các bệnh về tai mũi họng (nếu có):</i>	
Phân loại:	
7. Răng - Hàm - Mặt	
<i>Kết quả khám:</i> Hàm	
trên:.....	
Hàm	
dưới:.....	
<i>Các bệnh về răng hàm mặt (nếu có):</i>	
Phân loại.....	

III. KHÁM CẬN LÂM SÀNG

1. Khám phân loại sức khỏe để đi học, đi làm thực hiện khám cận lâm sàng sau:

Nội dung khám	Họ tên, chữ ký của Bác sỹ
a) Xét nghiệm máu: - Huyết học: tổng phân tích tế bào máu ngoại vi - Sinh hóa máu: Đường máu: Urê:..... Creatinin: ASAT(GOT):..... ALAT (GPT):	
b) Xét nghiệm nước tiểu: - Tổng phân tích nước tiểu (bằng máy tự động) - Khác (nếu có):	
c) Chẩn đoán hình ảnh (XQ tim phổi thẳng)	
d) Kết quả khám Cận lâm sàng khác <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có (Nếu có, hãy liệt kê kết quả chi tiết):.....	

2. Khám sức khỏe định kỳ (cận lâm sàng thực hiện theo chỉ định của bác sỹ)

Nội dung khám	Họ tên, chữ ký của Bác sỹ
Cận lâm sàng thực hiện theo chỉ định của bác sỹ Kết quả:	

IV. KẾT LUẬN

1. Tình trạng sức khỏe; mắc các bệnh, tật (nếu có).....
2. Phân loại sức khỏe (theo quy định của Bộ Y tế).....

.....ngày..... tháng..... năm.....

NGƯỜI KẾT LUẬN

(Ký, ghi rõ họ tên và đóng dấu)

Mẫu số 04
Giấy khám sức khỏe tâm thần
(không áp dụng cho hình thức khám sức khỏe định kỳ)

.....
.....

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

Số:/GKSK-.....

GIẤY KHÁM SỨC KHỎE TÂM THẦN

I. PHẦN HÀNH CHÍNH:

1. Họ và tên (viết chữ in hoa):
2. Giới tính: Nam Nữ
3. Ngày tháng năm sinh:..... (Tuổi:.....)
4. Số CCCD /Hộ chiếu/Mã định danh:
5. Ngày cấp...../...../..... Nơi cấp.....
6. Dân tộc: 7. Đối tượng.....
8. Nguồn chi trả:..... 9. Nhóm máu:(nếu có)
10. Nơi ở hiện tại: Tỉnh/ thành:.....phường/ xã:.....số nhà/ thôn/ xóm.....;
11. Số điện thoại liên hệ:
13. Lý do khám sức khỏe tâm thần :.....

II. TIỀN SỬ TÂM THẦN

1. Gia đình :
 - Không
 - Có; Nếu “có”, đề nghị ghi cụ thể tên bệnh:
2. Bản thân :
 - Không
 - Có; Nếu “có”, đề nghị ghi cụ thể tên bệnh:

III. KHÁM TÂM THẦN:

1. Thẻ lục:
 - Mạch:.....lần/phút, HA:...../.....MmHg,
 - Chiều cao :Cân nặng:kg
2. Biểu hiện chung :
3. Ý thức :

4. Định hướng lực : + Không gian
 + Thời gian :
 + Xung quanh :
 + Bản thân :
5. Cảm xúc :
6. Cảm giác, tri giác :
7. Tư duy : + Hình thức :
 + Nội dung :
8. Hành vi, tác phong : + Hoạt động có ý chí :
 + Hoạt động bản năng :
9. Trí nhớ :
10. Trí tuệ :
11. Chú ý :
12. Khác.....

IV. CẬN LÂM SÀNG:

1. Trắc nghiệm tâm lý:
2. Cận lâm sàng khác theo chỉ định của bác sỹ:

V. KẾT LUẬN:

- 1) Tình trạng sức khỏe tâm thần hiện tại (có mắc bệnh tâm thần/rối loạn tâm thần không? Nếu có ghi cụ thể mã bệnh và mã ICD10):
- 2) Năng lực nhận thức hoặc điều khiển hành vi (nếu có):.....

LÃNH ĐẠO ĐƠN VỊ

(Ký, ghi rõ họ tên, đóng dấu)

BÁC SĨ KHÁM

(Ký, ghi rõ họ tên)