

GIẤY KHÁM SỨC KHỎE/ HEALTH CERTIFICATE

PHOTO

4 x 6 cm,
international
standard,
white background,
no glasses

Họ và tên (Chữ in hoa)/Full name (Capital):

.....

Giới tính/Gender: Nam/Male Nữ/Female Tuổi/Age:.....

Số CMND hoặc Hộ chiếu / ID card' number or passport number:.....

Cấp ngày/ Date of issue:tại/at:

Chỗ ở hiện tại / Present Address:

Số điện thoại/ Tel:Email:.....

Lý do khám sức khỏe/ Reason for health examination:

TIỀN SỬ BỆNH CỦA ĐỐI TƯỢNG KHÁM SỨC KHỎE MEDICAL HISTORY

1. Tiền sử gia đình/ Family History:

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: Do you have any family members with the following history; infectious disease, cardio-vascular disease, diabetes, tuberculosis, asthma, cancer, seizures, mental disorder, other diseases:

a) Không/No b) Có/Yes Nếu "Có", đề nghị ghi cụ thể tên bệnh/If yes, please specify:

Các bệnh khác/Other diseases:: a) Không/No b) Có/Yes

Nếu "Có", đề nghị ghi cụ thể tên bệnh/ If yes, please specify:

2. Tiền sử bản thân/ Personal History:

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. Have you had: infectious disease, cardio-vascular disease, diabetes, tuberculosis, asthma, cancer, seizures, mental disorder, other disease;

a) Không/ No b) Có/Yes Nếu "Có", đề nghị ghi cụ thể tên bệnh/If yes, please specify:

3. Câu hỏi khác (nếu có)/ Additional medical questions (if required):

a. Ông/bà có đang điều trị bệnh gì không? Nếu có, xin hãy liệt kê các thuốc đang dùng và liều lượng
Are you currently taking any medications? If yes, please specify prescription:

b. Tiền sử thai sản (đối với phụ nữ)/ obstetric history (female only):

Tôi xin cam đoan những điều khai trên đây hoàn toàn đúng với sự thật theo sự hiểu biết của tôi.

I, the undersigned, hereby certify that the above statements are true to the best of my knowledge

Ngày/datetháng/month..... năm/year

Người đề nghị khám sức khỏe/ Applicant

(Ký và ghi rõ họ, tên)/(Sign, full name)

I. KHÁM THỂ LỰC/ PHYSICAL STRENGTH

Chiều cao/Height:.....cm; Cân nặng/Weight:..... kg; Chỉ số BMI:.....

Mạch/Pulse:.....lần/phút (bpm); Huyết áp/Blood pressure:...../.....mmHg

Phân loại thể lực/Health classification:

II. KHÁM LÂM SÀNG/ PHYSICAL EXAMINATION

Nội dung khám/ Content of examination		Kết quả / Result		Họ tên, chữ ký của Bác sỹ Doctor's name & signature
1. Nội khoa/General examination:				
a) Tuần hoàn/ Cardiovascular system: Phân loại/ Classification:	Bình thường Normal	<input type="checkbox"/>	Bất thường Abnormal	<input type="checkbox"/>
b) Hô hấp/ Respiratory: Phân loại/ Classification:	Bình thường Normal	<input type="checkbox"/>	Bất thường Abnormal	<input type="checkbox"/>
c) Tiêu hóa/ Gastrointestinal system Phân loại/ Classification:	Bình thường Normal	<input type="checkbox"/>	Bất thường Abnormal	<input type="checkbox"/>
d) Thận-Tiết niệu/ Urogenital system: Phân loại/ Classification:	Bình thường Normal	<input type="checkbox"/>	Bất thường Abnormal	<input type="checkbox"/>
e) Cơ-Xương-Khớp/ Musculoskeletal system: Phân loại/ Classification:	Bình thường Normal	<input type="checkbox"/>	Bất thường Abnormal	<input type="checkbox"/>
f) Thần kinh/Neurology:..... Phân loại/ Classification:	Bình thường Normal	<input type="checkbox"/>	Bất thường Abnormal	<input type="checkbox"/>
g) Tâm thần/Mental health Phân loại/ Classification:	Bình thường Normal	<input type="checkbox"/>	Bất thường Abnormal	<input type="checkbox"/>
2.Ngoại khoa/ Surgical Examination:				
Phân loại/ Classification:	Bình thường Normal	<input type="checkbox"/>	Bất thường Abnormal	<input type="checkbox"/>
3.Sản phụ khoa/ Obstetrics & Gynecology				
Phân loại/ Classification:	Bình thường Normal	<input type="checkbox"/>	Bất thường Abnormal	<input type="checkbox"/>
4.Mắt/ Eyes:				
Khám thị lực/ Visual acuity	Mắt phải/ Right eye (R)	Mắt trái/Left eye (L)		
Có kính/with glasses/contact lenses				
Không có kính/without glasses				
Sắc giác/ colour vision Các bệnh về mắt (nếu có) Eye diseases (if any) Phân loại/ Classification:				
5.Tai-Mũi-Họng/ Ear –Nose -Throat:				
Khám thính lực/ Hearing screening	Tai trái/ Left ear	Tai phải/ Right ear		
Hội thoại / normal speech				
Nói thầm/whisper speech				
Các bệnh về tai mũi họng (nếu có)/ ENT diseases (if any) Phân loại/ Classification:				
6. Da liễu/Dermatology:				
Phân loại/ Classification	Bình thường Normal	<input type="checkbox"/>	Bất thường Abnormal	<input type="checkbox"/>

