

THÔNG BÁO

Về việc: thống nhất biểu mẫu khám sức khỏe theo Thông tư số 32/2023/TT-BYT và thực hiện chuyển đổi số dữ liệu khám sức khỏe (KSK)

- Thực hiện Công văn số 4663/SYT-NVY ngày 10/04/2026 của Sở Y tế Thành phố Hồ Chí Minh về việc: thống nhất biểu mẫu khám sức khỏe theo Thông tư số 32/2023/TT-BYT và thực hiện chuyển đổi số dữ liệu khám sức khỏe (KSK);
- Căn cứ Thông tư 32/2023/TT-BYT ngày 31/12/2023 của Bộ Y tế;
- Thực hiện Kế hoạch số 105/KH-UBND về việc khám sức khỏe định kỳ hoặc khám sức khỏe sàng lọc cho người dân trên địa bàn Thành phố Hồ Chí Minh giai đoạn 2026-2030;
- Giám đốc BVĐK Vạn Phước chỉ đạo các khoa/phòng/bộ phận thực hiện các nội dung sau:

1. Phòng KHTH-QLCL:

- Triển khai, thống nhất sử dụng biểu mẫu quy định theo Phụ lục 1,2,3 (đính kèm Công văn số 4663/SYT-NVY ngày 10/04/2026 của Sở Y tế Thành phố Hồ Chí Minh) trong bệnh viện.
- Tập huấn, triển khai về nội dung, quy trình và biểu mẫu khám sức khỏe mới sẽ thực hiện sau ngày 30/08/2026.
- Hướng dẫn nội dung của mẫu cũ được phép tiếp tục sử dụng đến hết ngày 30 tháng 9 năm 2026 nhưng cần bổ sung thêm các chi tiết sau:
 - Bác sĩ của từng chuyên khoa khi thực hiện khám phải ghi đầy đủ, rõ ràng chẩn đoán sơ bộ và chẩn đoán xác định (nếu có).
 - Mã hóa theo danh mục ICD tương ứng.

2. Quầy nhận bệnh của Khoa khám bệnh:

- Thống kê, tổng hợp, báo cáo số liệu đã in sẵn các mẫu khám sức khỏe theo Thông tư số 32/2023/TT-BYT ngày 31 tháng 12 năm 2023 của Bộ Y tế gửi về phòng KHTH báo cáo Giám đốc.

3. Phòng TCKT-QTNS:


❖ Bộ phận IT:

Cập nhật mẫu phiếu khám 1,2,3 (Đính kèm) lên phần mềm trước ngày 30/08/2026.

❖ Bộ phận Văn thư:

Nhập liệu đầy đủ kết quả khám sức khỏe lên Nền tảng quản lý sức khỏe cộng đồng tại địa chỉ <https://quanlyskcd.medinet.org.vn> (bệnh viện đã được cấp) trong thời hạn không quá 48 giờ kể từ khi kết thúc đợt khám (Bao gồm các trường hợp khám tuyến và khám sức khỏe định kỳ).

Trên đây là Thông báo về việc: thống nhất biểu mẫu khám sức khỏe theo Thông tư số 32/2023/TT-BYT và thực hiện chuyển đổi số dữ liệu khám sức khỏe (KSK). Đề nghị các khoa/phòng/bộ phận nghiêm túc thực hiện, nếu có vướng mắc phản hồi về phòng KHTH-QLCL để được hỗ trợ kịp thời./.

(Đính kèm các mẫu 1, 2, 3) 

Nơi nhận:

- GD;
- Các khoa/phòng/bộ phận;
- Lưu: VT, KHTH-QLCL;



GIÁM ĐỐC

LÊ NGUYỄN QUẾ MINH

Phụ lục 1 (Mẫu 01)
MẪU GIẤY KHÁM SỨC KHỎE DÙNG CHO NGƯỜI TỪ ĐỦ 18 TUỔI TRỞ LÊN
(Kèm theo Công văn số /SYT-NVY ngày tháng năm 2026 của Sở Y tế)

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

Số:/GKSK-.....

GIẤY KHÁM SỨC KHỎE

Ảnh (4 x 6 cm) (đóng dấu giáp lai hoặc Scan ảnh)	1. Họ và tên (viết chữ in hoa): 2. Giới tính: <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ 3. Ngày tháng năm sinh: 4. Số CCCD: 5. Chỗ ở hiện tại: 6. Số điện thoại liên hệ:
--	--

*** Lưu ý:** Trường hợp đối tượng KSK có CCCD gắn chip hoặc có số 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 mục (1) Họ và tên, (3) Ngày tháng năm sinh, (4) số định danh công dân

7. 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:

- Không
 Có, ghi cụ thể tên bệnh:

2. Tiền sử bệnh, tật của bản thân:

Tên bệnh, tật	Có triệu chứng
<input type="checkbox"/> Có bệnh hay bị thương trong 5 năm qua	<input type="checkbox"/> Khó thở
<input type="checkbox"/> Bệnh thần kinh hay bị thương ở đầu	<input type="checkbox"/> Nghiện rượu, bia
<input type="checkbox"/> Tai biến mạch máu não hoặc liệt	<input type="checkbox"/> Mất ý thức, rối loạn ý thức
<input type="checkbox"/> Tăng huyết áp	<input type="checkbox"/> Ngất, chóng mặt
<input type="checkbox"/> Đái tháo đường	<input type="checkbox"/> Rối loạn giấc ngủ, ngừng thở khi ngủ, ngủ rũ ban ngày, ngáy to
<input type="checkbox"/> Bệnh hô hấp (hen, khí phế thũng, viêm phế quản mạn tính)	<input type="checkbox"/> Sử dụng rượu thường xuyên, liên tục
<input type="checkbox"/> Bệnh thận, lọc máu	<input type="checkbox"/> Sử dụng ma túy và chất gây nghiện
<input type="checkbox"/> Bệnh tâm thần	
<input type="checkbox"/> Bệnh tiêu hóa	
<input type="checkbox"/> Bệnh hoặc tổn thương cột sống	
<input type="checkbox"/> Bệnh mắt hoặc giảm thị lực (trừ trường hợp đeo kính thuốc)	
<input type="checkbox"/> Bệnh ở tai, giảm sức nghe hoặc thính giác	
<input type="checkbox"/> Bệnh ở tim, hoặc nhồi máu cơ tim, các bệnh tim mạch khác	
<input type="checkbox"/> 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"/> 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 sản phụ khoa (Đối với nữ độ tuổi sinh đẻ 18-49 tuổi):

- Bắt đầu thấy kinh nguyệt năm bao nhiêu tuổi:

- Tính chất kinh nguyệt: Thường 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: Chưa Có, Ghi rõ:

- Có đang áp dụng BPTT không? Chưa Có, Ghi rõ:

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)

KHÁM SỨC KHỎE
I. TIỀN SỬ BỆNH, TẬT

Bác sĩ khám sức khỏe hỏi và ghi chép các tiền sử bệnh tật, bệnh nghề nghiệp theo mã ICD

.....

II. KHÁM THỂ LỰC

Chiều cao:cm; Cân nặng: Kg; Chỉ số BMI:

Mạch: lần/phút; Huyết áp: / mmHg

- Phân loại thể lực:

Loại I Loại II Loại III Loại IV Loại V

III. KHÁM LÂM SÀNG

Nội dung khám: BS phải khám đầy đủ các nội dung theo chuyên khoa để khẳng định có/hay không có bệnh, tật theo quy định tại Quyết định của Bộ Y tế		Họ tên, chữ ký của BS
1. Nội khoa		
	<i>Tuần hoàn</i> <input type="checkbox"/> Chưa phát hiện bất thường. a) <input type="checkbox"/> Chẩn đoán sơ bộ, ghi rõ theo mã ICD..... <input type="checkbox"/> Chẩn đoán xác định, ghi rõ theo mã ICD..... Phân loại <input type="checkbox"/> Loại I <input type="checkbox"/> Loại II <input type="checkbox"/> Loại III <input type="checkbox"/> Loại IV <input type="checkbox"/> Loại V	
	<i>Hô hấp</i> <input type="checkbox"/> Chưa phát hiện bất thường. b) <input type="checkbox"/> Chẩn đoán sơ bộ, ghi rõ theo mã ICD..... <input type="checkbox"/> Chẩn đoán xác định, ghi rõ theo mã ICD..... Phân loại <input type="checkbox"/> Loại I <input type="checkbox"/> Loại II <input type="checkbox"/> Loại III <input type="checkbox"/> Loại IV <input type="checkbox"/> Loại V	
	<i>Tiêu hóa</i> <input type="checkbox"/> Chưa phát hiện bất thường. c) <input type="checkbox"/> Chẩn đoán sơ bộ, ghi rõ theo mã ICD..... <input type="checkbox"/> Chẩn đoán xác định, ghi rõ theo mã ICD..... Phân loại <input type="checkbox"/> Loại I <input type="checkbox"/> Loại II <input type="checkbox"/> Loại III <input type="checkbox"/> Loại IV <input type="checkbox"/> Loại V	

d)	<p><i>Thận-Tiết niệu</i></p> <input type="checkbox"/> Chưa phát hiện bất thường. <input type="checkbox"/> Chẩn đoán sơ bộ, ghi rõ theo mã ICD <input type="checkbox"/> Chẩn đoán xác định, ghi rõ theo mã ICD Phân loại <input type="checkbox"/> Loại I <input type="checkbox"/> Loại II <input type="checkbox"/> Loại III <input type="checkbox"/> Loại IV <input type="checkbox"/> Loại V	
đ)	<p><i>Nội tiết</i></p> <input type="checkbox"/> Chưa phát hiện bất thường. <input type="checkbox"/> Chẩn đoán sơ bộ, ghi rõ theo mã ICD <input type="checkbox"/> Chẩn đoán xác định, ghi rõ theo mã ICD Phân loại <input type="checkbox"/> Loại I <input type="checkbox"/> Loại II <input type="checkbox"/> Loại III <input type="checkbox"/> Loại IV <input type="checkbox"/> Loại V	
e)	<p><i>Cơ - xương - khớp</i></p> <input type="checkbox"/> Chưa phát hiện bất thường. <input type="checkbox"/> Chẩn đoán sơ bộ, ghi rõ theo mã ICD <input type="checkbox"/> Chẩn đoán xác định, ghi rõ theo mã ICD Phân loại <input type="checkbox"/> Loại I <input type="checkbox"/> Loại II <input type="checkbox"/> Loại III <input type="checkbox"/> Loại IV <input type="checkbox"/> Loại V	
g)	<p><i>Thần kinh</i></p> <input type="checkbox"/> Chưa phát hiện bất thường. <input type="checkbox"/> Chẩn đoán sơ bộ, ghi rõ theo mã ICD <input type="checkbox"/> Chẩn đoán xác định, ghi rõ theo mã ICD Phân loại <input type="checkbox"/> Loại I <input type="checkbox"/> Loại II <input type="checkbox"/> Loại III <input type="checkbox"/> Loại IV <input type="checkbox"/> Loại V	
h)	<p><i>Tâm thần</i></p> <input type="checkbox"/> Chưa phát hiện bất thường. <input type="checkbox"/> Chẩn đoán sơ bộ, ghi rõ theo mã ICD <input type="checkbox"/> Chẩn đoán xác định, ghi rõ theo mã ICD Phân loại <input type="checkbox"/> Loại I <input type="checkbox"/> Loại II <input type="checkbox"/> Loại III <input type="checkbox"/> Loại IV <input type="checkbox"/> Loại V	
2. Ngoại khoa, Da liễu		
	<p><i>Ngoại khoa</i></p> <input type="checkbox"/> Chưa phát hiện bất thường. <input type="checkbox"/> Chẩn đoán sơ bộ, ghi rõ theo mã ICD <input type="checkbox"/> Chẩn đoán xác định, ghi rõ theo mã ICD Phân loại <input type="checkbox"/> Loại I <input type="checkbox"/> Loại II <input type="checkbox"/> Loại III <input type="checkbox"/> Loại IV <input type="checkbox"/> Loại V	
	<p><i>Da liễu</i></p> <input type="checkbox"/> Chưa phát hiện bất thường. <input type="checkbox"/> Chẩn đoán sơ bộ, ghi rõ theo mã ICD <input type="checkbox"/> Chẩn đoán xác định, ghi rõ theo mã ICD Phân loại <input type="checkbox"/> Loại I <input type="checkbox"/> Loại II <input type="checkbox"/> Loại III <input type="checkbox"/> Loại IV <input type="checkbox"/> Loại V	
3. Sản phụ khoa		
	<p>Sản khoa</p> <input type="checkbox"/> Chưa phát hiện bất thường. <input type="checkbox"/> Chẩn đoán sơ bộ, ghi rõ theo mã ICD <input type="checkbox"/> Chẩn đoán xác định, ghi rõ theo mã ICD Phân loại <input type="checkbox"/> Loại I <input type="checkbox"/> Loại II <input type="checkbox"/> Loại III <input type="checkbox"/> Loại IV <input type="checkbox"/> Loại V	
	<p>Phụ khoa</p> <input type="checkbox"/> Chưa phát hiện bất thường. <input type="checkbox"/> Chẩn đoán sơ bộ, ghi rõ theo mã ICD <input type="checkbox"/> Chẩn đoán xác định, ghi rõ theo mã ICD Phân loại <input type="checkbox"/> Loại I <input type="checkbox"/> Loại II <input type="checkbox"/> Loại III <input type="checkbox"/> Loại IV <input type="checkbox"/> Loại V	
4.	<p>Mắt Khám thị lực Không kính: MP MT</p>	<p>Khám khúc xạ (nếu có) MP: độ cầu – độ trụ - trục</p>

Kính lỗ: MP MT	MT: độ cầu – độ trụ - trục
Có kính: MP MT	
<input type="checkbox"/> Chưa phát hiện bất thường. <input type="checkbox"/> Chẩn đoán sơ bộ, ghi rõ theo mã ICD <input type="checkbox"/> Chẩn đoán xác định, ghi rõ theo mã ICD Phân loại <input type="checkbox"/> Loại I <input type="checkbox"/> Loại II <input type="checkbox"/> Loại III <input type="checkbox"/> Loại IV <input type="checkbox"/> Loại V	
5. 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 <input type="checkbox"/> Chưa phát hiện bất thường. <input type="checkbox"/> Chẩn đoán sơ bộ, ghi rõ theo mã ICD <input type="checkbox"/> Chẩn đoán xác định, ghi rõ theo mã ICD Phân loại <input type="checkbox"/> Loại I <input type="checkbox"/> Loại II <input type="checkbox"/> Loại III <input type="checkbox"/> Loại IV <input type="checkbox"/> Loại V	
6. Răng - Hàm - Mắt	
18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 Hàm trên Hàm dưới 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38 <i>Tình trạng răng</i> 0: Bình thường 2: Trám sâu lại 4: Mất do sâu 6: Bít hố rãnh 8: Chưa mọc 1: Sâu 3: Trám tốt 5: Mất lý do khác 7: Trụ, cầu, implant 9: Loại trừ	
<input type="checkbox"/> Chưa phát hiện bất thường. <input type="checkbox"/> Chẩn đoán sơ bộ, ghi rõ theo mã ICD <input type="checkbox"/> Chẩn đoán xác định, ghi rõ theo mã ICD Phân loại <input type="checkbox"/> Loại I <input type="checkbox"/> Loại II <input type="checkbox"/> Loại III <input type="checkbox"/> Loại IV <input type="checkbox"/> Loại V	

IV. KHÁM CẬN LÂM SÀNG

* Xét nghiệm huyết học/sinh hóa/X.quang và các xét nghiệm khác khi có chỉ định của bác sĩ:

a) Kết quả xét nghiệm:

.....

b) Kết quả chẩn đoán hình ảnh:

.....

V. KẾT LUẬN

1. Phân loại sức khỏe:¹

2. Các bệnh, tật (nếu có)², ghi rõ theo mã ICD:

3. Đề nghị³:

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

1 Phân loại sức khỏe theo quy định của Bộ Y tế

2 Ghi rõ các bệnh, tật đang mắc phải hoặc nghi ngờ

3 Ghi rõ phương án điều trị, phục hồi chức năng hoặc giới thiệu khám chuyên khoa để khám bệnh, chữa bệnh (nếu có)

	04 tháng		Mũi 4	.../.../...	..	..	..
Bạch hầu, Uốn ván, Ho gà	02 tháng		Mũi 1	.../.../...	..	..	..
	03 tháng		Mũi 2	.../.../...	..	..	..
	04 tháng		Mũi 3	.../.../...	..	..	..
	18 tháng		Mũi 4	.../.../...	..	..	..
Bại liệt	02 tháng (uống)		Liều 1	.../.../...	..	..	..
	03 tháng (uống)		Liều 2	.../.../...	..	..	..
	04 tháng (uống)		Liều 3	.../.../...	..	..	..
	05 tháng (tiêm)		Mũi 1	.../.../...	..	..	..
	09 tháng (tiêm)		Mũi 2	.../.../...	..	..	..
Viêm phổi, viêm màng não do Hib/ <i>Hemophilus influenzae type B (Hib)</i>	02 tháng		Mũi 1	.../.../...	..	..	..
	03 tháng		Mũi 2	.../.../...	..	..	..
	04 tháng		Mũi 3	.../.../...	..	..	..
Sởi	09 tháng		Mũi 1	.../.../...	..	..	..
	18 tháng		Mũi 2	.../.../...	..	..	..
Sởi - Rubella	18 tháng		Mũi 1	.../.../...	..	..	..
Viêm não Nhật Bản	12 tháng		Mũi 1	.../.../...	..	..	..
	Cách 1-2 tuần sau mũi 1		Mũi 2	.../.../...	..	..	..
	24 tháng		Mũi 3	.../.../...	..	..	..

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

Không

Có:

Hen phế quản

Tim bẩm sinh

Động kinh

Rối loạn giảm chú ý - tăng động

Dị ứng (ghi rõ):

Khác (ghi rõ):

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; Mạch:lần/phút;

- Cân nặng:kg; Huyết áp:mmHg (trẻ >3 tuổi);

Nhịp thở: lần/phút;

Phân loại thể lực: Phân loại Loại I Loại II Loại III Loại IV Loại V**II. KHÁM LÂM SÀNG**

Nội dung khám		Họ tên, chữ ký BS
Nhi khoa		
<i>Tuần hoàn</i>		
1.	<input type="checkbox"/> Chưa phát hiện bất thường.	
a)	<input type="checkbox"/> Chẩn đoán sơ bộ, ghi rõ theo mã ICD	
	<input type="checkbox"/> Chẩn đoán xác định, ghi rõ theo mã ICD	
<i>Hô hấp</i>		
b)	<input type="checkbox"/> Chưa phát hiện bất thường.	
	<input type="checkbox"/> Chẩn đoán sơ bộ, ghi rõ theo mã ICD	
	<input type="checkbox"/> Chẩn đoán xác định, ghi rõ theo mã ICD	
<i>Tiêu hóa</i>		
c)	<input type="checkbox"/> Chưa phát hiện bất thường.	
	<input type="checkbox"/> Chẩn đoán sơ bộ, ghi rõ theo mã ICD	
	<input type="checkbox"/> Chẩn đoán xác định, ghi rõ theo mã ICD	
<i>Thận-Tiết niệu</i>		
d)	<input type="checkbox"/> Chưa phát hiện bất thường.	
	<input type="checkbox"/> Chẩn đoán sơ bộ, ghi rõ theo mã ICD	
	<input type="checkbox"/> Chẩn đoán xác định, ghi rõ theo mã ICD	
<i>Thần kinh</i>		
đ)	<input type="checkbox"/> Chưa phát hiện bất thường.	
	<input type="checkbox"/> Chẩn đoán sơ bộ, ghi rõ theo mã ICD	
	<input type="checkbox"/> Chẩn đoán xác định, ghi rõ theo mã ICD	
<i>Tâm thần</i>		
e)	<input type="checkbox"/> Chưa phát hiện bất thường.	
	<input type="checkbox"/> Chẩn đoán sơ bộ, ghi rõ theo mã ICD	
	<input type="checkbox"/> Chẩn đoán xác định, ghi rõ theo mã ICD	
g)	<i>Khám lâm sàng khác</i>	
	
	
Mắt:		
<i>Kết quả khám thị lực:</i> Không kính: Mắt phải..... Mắt trái.....		
Có kính: Mắt phải..... Mắt trái		
2.	<i>Các bệnh về mắt:</i>	
	<input type="checkbox"/> Chưa phát hiện bất thường.	
	<input type="checkbox"/> Chẩn đoán sơ bộ, ghi rõ theo mã ICD	
	<input type="checkbox"/> Chẩn đoán xác định, ghi rõ theo mã ICD	
Tai - Mũi - Họng		
<i>Kết quả khám thính lực:</i>		
3.	Tai trái: Nói thường..... m; Nói thầm..... m	
	Tai phải: Nói thường..... m; Nói thầm..... m	
<i>Các bệnh về tai mũi họng:</i>		
	<input type="checkbox"/> Chưa phát hiện bất thường.	

<input type="checkbox"/>	Chẩn đoán sơ bộ, ghi rõ theo mã ICD.....
<input type="checkbox"/>	Chẩn đoán xác định, ghi rõ theo mã ICD.....
4.	Răng - Hàm - Mặt
	18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28
	55 54 53 52 51 61 62 63 64 65
Hàm trên	
Hàm dưới	
	85 84 83 82 81 71 72 73 74 75
	48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38
Tình trạng răng	
0/A: Bình thường	2/C: Trám sâu lại
1/B: Sâu	3/D: Trám tốt
4/E: Mất do sâu	5: Mất lý do khác
6/F: Bít hố rãnh	7/G: Trụ, cầu
8: Chưa mọc	9: Loại trừ
<input type="checkbox"/>	Chưa phát hiện bất thường.
<input type="checkbox"/>	Chẩn đoán sơ bộ, ghi rõ theo mã ICD.....
<input type="checkbox"/>	Chẩn đoán xác định, ghi rõ theo mã ICD.....

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 xét nghiệm:	
b) Kết quả chẩn đoán hình ảnh:	

IV. KẾT LUẬN CHUNG:

Tình trạng sức khỏe:

.....

.....

Bệnh, tật cần lưu ý, theo dõi (ghi rõ theo mã ICD):

.....

.....

Đề nghị:

.....

.....

..... ngày..... tháng.... năm.....

NGƯỜI KẾT LUẬN

(Ký, ghi rõ họ tên và đóng dấu)

<input type="checkbox"/> Ung thư		
----------------------------------	--	--

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)

KHÁM SỨC KHỎE ĐỊNH KỲ

I. TIỀN SỬ BỆNH, TẬT

Bác sĩ khám sức khỏe hỏi và ghi chép các tiền sử bệnh tật, bệnh nghề nghiệp theo mã ICD

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

Tiền sử sản phụ khoa (Đối với nữ độ tuổi sinh đẻ 18-49 tuổi):

- Bắt đầu thấy kinh nguyệt năm bao nhiêu tuổi:
- Tính chất kinh nguyệt: Thường 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: Chưa Có, Ghi rõ:
- Có đang áp dụng BPTT không? Chưa Có, Ghi rõ:

II. KHÁM THỂ LỰC

Chiều cao:cm; Cân nặng:..... Kg; Chỉ số BMI:

Mạch:..... lần/phút; Huyết áp:...../.....mmHg

- Phân loại thể lực:

- Loại I Loại II Loại III Loại IV Loại V

III. KHÁM LÂM SÀNG

	Nội dung khám: BS phải khám đầy đủ các nội dung theo chuyên khoa để khẳng định có/hay không có bệnh, tật theo quy định tại Quyết định của Bộ Y tế	Họ tên, chữ ký của BS
1. Nội khoa		
a)	<p>Tuần hoàn</p> <p><input type="checkbox"/> Chưa phát hiện bất thường.</p> <p><input type="checkbox"/> Chẩn đoán sơ bộ, ghi rõ theo mã ICD</p> <p><input type="checkbox"/> Chẩn đoán xác định, ghi rõ theo mã ICD</p> <p>Phân loại <input type="checkbox"/> Loại I <input type="checkbox"/> Loại II <input type="checkbox"/> Loại III <input type="checkbox"/> Loại IV <input type="checkbox"/> Loại V</p>	
b)	<p>Hô hấp</p> <p><input type="checkbox"/> Chưa phát hiện bất thường.</p> <p><input type="checkbox"/> Chẩn đoán sơ bộ, ghi rõ theo mã ICD</p> <p><input type="checkbox"/> Chẩn đoán xác định, ghi rõ theo mã ICD</p> <p>Phân loại <input type="checkbox"/> Loại I <input type="checkbox"/> Loại II <input type="checkbox"/> Loại III <input type="checkbox"/> Loại IV <input type="checkbox"/> Loại V</p>	
c)	<p>Tiêu hóa</p> <p><input type="checkbox"/> Chưa phát hiện bất thường.</p> <p><input type="checkbox"/> Chẩn đoán sơ bộ, ghi rõ theo mã ICD</p> <p><input type="checkbox"/> Chẩn đoán xác định, ghi rõ theo mã ICD</p> <p>Phân loại <input type="checkbox"/> Loại I <input type="checkbox"/> Loại II <input type="checkbox"/> Loại III <input type="checkbox"/> Loại IV <input type="checkbox"/> Loại V</p>	
d)	<p>Thận-Tiết niệu</p> <p><input type="checkbox"/> Chưa phát hiện bất thường.</p> <p><input type="checkbox"/> Chẩn đoán sơ bộ, ghi rõ theo mã ICD</p> <p><input type="checkbox"/> Chẩn đoán xác định, ghi rõ theo mã ICD</p> <p>Phân loại <input type="checkbox"/> Loại I <input type="checkbox"/> Loại II <input type="checkbox"/> Loại III <input type="checkbox"/> Loại IV <input type="checkbox"/> Loại V</p>	

	Nội tiết		
	<input type="checkbox"/> Chưa phát hiện bất thường. đ) <input type="checkbox"/> Chẩn đoán sơ bộ, ghi rõ theo mã ICD <input type="checkbox"/> Chẩn đoán xác định, ghi rõ theo mã ICD Phân loại <input type="checkbox"/> Loại I <input type="checkbox"/> Loại II <input type="checkbox"/> Loại III <input type="checkbox"/> Loại IV <input type="checkbox"/> Loại V		
	Cơ - xương - khớp		
	<input type="checkbox"/> Chưa phát hiện bất thường. e) <input type="checkbox"/> Chẩn đoán sơ bộ, ghi rõ theo mã ICD <input type="checkbox"/> Chẩn đoán xác định, ghi rõ theo mã ICD Phân loại <input type="checkbox"/> Loại I <input type="checkbox"/> Loại II <input type="checkbox"/> Loại III <input type="checkbox"/> Loại IV <input type="checkbox"/> Loại V		
	Thần kinh		
	<input type="checkbox"/> Chưa phát hiện bất thường. g) <input type="checkbox"/> Chẩn đoán sơ bộ, ghi rõ theo mã ICD <input type="checkbox"/> Chẩn đoán xác định, ghi rõ theo mã ICD Phân loại <input type="checkbox"/> Loại I <input type="checkbox"/> Loại II <input type="checkbox"/> Loại III <input type="checkbox"/> Loại IV <input type="checkbox"/> Loại V		
	Tâm thần		
	<input type="checkbox"/> Chưa phát hiện bất thường. h) <input type="checkbox"/> Chẩn đoán sơ bộ, ghi rõ theo mã ICD <input type="checkbox"/> Chẩn đoán xác định, ghi rõ theo mã ICD Phân loại <input type="checkbox"/> Loại I <input type="checkbox"/> Loại II <input type="checkbox"/> Loại III <input type="checkbox"/> Loại IV <input type="checkbox"/> Loại V		
	2. Ngoại khoa, Da liễu		
	Ngoại khoa		
	<input type="checkbox"/> Chưa phát hiện bất thường. <input type="checkbox"/> Chẩn đoán sơ bộ, ghi rõ theo mã ICD <input type="checkbox"/> Chẩn đoán xác định, ghi rõ theo mã ICD Phân loại <input type="checkbox"/> Loại I <input type="checkbox"/> Loại II <input type="checkbox"/> Loại III <input type="checkbox"/> Loại IV <input type="checkbox"/> Loại V		
	Da liễu		
	<input type="checkbox"/> Chưa phát hiện bất thường. <input type="checkbox"/> Chẩn đoán sơ bộ, ghi rõ theo mã ICD <input type="checkbox"/> Chẩn đoán xác định, ghi rõ theo mã ICD Phân loại <input type="checkbox"/> Loại I <input type="checkbox"/> Loại II <input type="checkbox"/> Loại III <input type="checkbox"/> Loại IV <input type="checkbox"/> Loại V		
	3. Sản phụ khoa		
	Sản khoa		
	<input type="checkbox"/> Chưa phát hiện bất thường. <input type="checkbox"/> Chẩn đoán sơ bộ, ghi rõ theo mã ICD <input type="checkbox"/> Chẩn đoán xác định, ghi rõ theo mã ICD Phân loại <input type="checkbox"/> Loại I <input type="checkbox"/> Loại II <input type="checkbox"/> Loại III <input type="checkbox"/> Loại IV <input type="checkbox"/> Loại V		
	Phụ khoa (đối với nữ phải kết luận khám sàng lọc ung thư cổ tử cung và ung thư vú theo TT32/2023/TT-BYT)		
	<input type="checkbox"/> Chưa phát hiện bất thường. <input type="checkbox"/> Chẩn đoán sơ bộ, ghi rõ theo mã ICD <input type="checkbox"/> Chẩn đoán xác định, ghi rõ theo mã ICD Phân loại <input type="checkbox"/> Loại I <input type="checkbox"/> Loại II <input type="checkbox"/> Loại III <input type="checkbox"/> Loại IV <input type="checkbox"/> Loại V		
	Mắt		
	Khám thị lực		
	Không kính: MP MT Kính lỗ: MP MT Có kính: MP MT		
	Khám khúc xạ (nếu có)		
	MP: độ cầu – độ trụ - trục MT: độ cầu – độ trụ - trục		
4.	<input type="checkbox"/> Chưa phát hiện bất thường. <input type="checkbox"/> Chẩn đoán sơ bộ, ghi rõ theo mã ICD		

	<input type="checkbox"/> Chẩn đoán xác định, ghi rõ theo mã ICD Phân loại <input type="checkbox"/> Loại I <input type="checkbox"/> Loại II <input type="checkbox"/> Loại III <input type="checkbox"/> Loại IV <input type="checkbox"/> Loại V	
5.	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 <input type="checkbox"/> Chưa phát hiện bất thường. <input type="checkbox"/> Chẩn đoán sơ bộ, ghi rõ theo mã ICD <input type="checkbox"/> Chẩn đoán xác định, ghi rõ theo mã ICD Phân loại <input type="checkbox"/> Loại I <input type="checkbox"/> Loại II <input type="checkbox"/> Loại III <input type="checkbox"/> Loại IV <input type="checkbox"/> Loại V	
6.	Răng - Hàm - Mặt 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 Hàm trên Hàm dưới 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38 <i>Tình trạng răng</i> 0: Bình thường 2: Trám sâu lại 4: Mất do sâu 6: Bít hố rãnh 8: Chưa mọc 1: Sâu 3: Trám tốt 5: Mất lý do khác 7: Trụ, cầu, implant 9: Loại trừ	
	<input type="checkbox"/> Chưa phát hiện bất thường. <input type="checkbox"/> Chẩn đoán sơ bộ, ghi rõ theo mã ICD <input type="checkbox"/> Chẩn đoán xác định, ghi rõ theo mã ICD Phân loại <input type="checkbox"/> Loại I <input type="checkbox"/> Loại II <input type="checkbox"/> Loại III <input type="checkbox"/> Loại IV <input type="checkbox"/> Loại V	

IV. KHÁM CẬN LÂM SÀNG

* Xét nghiệm huyết học/sinh hóa/X.quang và các xét nghiệm khác khi có chỉ định của bác sĩ:

a) Kết quả xét nghiệm:

.....

b) Kết quả chẩn đoán hình ảnh:

.....

V. KẾT LUẬN

1. Phân loại sức khỏe:⁴

2. Các bệnh, tật (nếu có), ghi rõ theo mã ICD:⁵

3. Đề nghị:⁶

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

4 Phân loại sức khỏe theo quy định của Bộ Y tế

5 Ghi rõ các bệnh, tật đang mắc phải hoặc nghi ngờ.

6 Ghi rõ phương án điều trị, phục hồi chức năng hoặc giới thiệu khám chuyên khoa để khám bệnh, chữa bệnh (nếu có)