

**MẪU GIẤY KHÁM VÀ CHỨNG NHẬN SỨC KHOẺ CHO NGƯỜI
LAO ĐỘNG VIỆT NAM ĐI LÀM VIỆC Ở NƯỚC NGOÀI**

*(Ban hành kèm theo Thông tư liên tịch số
10/2004/TTLT-BYT-BLĐTBXH-BTC
ngày 16 tháng 12 năm 2004)*

Sở Y tế:..... CỘNG HOÀ XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Đơn vị:..... Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

GIẤY CHỨNG NHẬN SỨC KHOẺ

Họ và tên (viết chữ in hoa):.....

Giới tính: Nam Nữ Sinh ngày... tháng... năm....

Quốc tịch:.....

Số CMND:..... cấp ngày.../.../..... tại.....

Địa chỉ thường trú:.....

Lý do khám sức
khỏe:.....

(ảnh chân dung 4 x 6 cm)

**I. TIỀN SỬ BỆNH TẬT BẢN THÂN, GIA
ĐÌNH:.....**

.....

.....

Mạch:..... lần/phút Chiều cao:..... cm

Thân nhiệt..... °C Cân nặng:..... kg

Huyết áp.../... mmHg Nhịp thở:..... lần/phút

II. KHÁM LÂM SÀNG:

1. Toàn thân:.....

.....

.....

.....

Bác sĩ

Họ tên:.....

2. Nội tổng hợp:.....

.....

.....

.....

.....

Bác sĩ

Họ tên:.....

3. Tim mạch:.....

.....

.....

.....

.....

Bác sĩ

Họ tên:.....

4. Tâm thần - Thần kinh:.....

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

Bác sĩ

Họ tên:.....

5. Sản phụ khoa:.....

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

Bác sĩ

Họ tên:.....

6. Ngoại - Da liễu:.....

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

Bác sĩ

Họ tên:.....

7. Tai Mũi Họng:.....

.....

Tai trái nói thường:..... m Nói thầm:..... m

Tai phải nói thường:..... m Nói thầm:..... m

Bác sĩ

Họ tên:.....

8. Răng Hàm Mặt:.....

- Sâu răng:.....

- Nha chu:.....

- Mất răng:.....

- Hàm Mặt:.....

Bác sĩ

Họ tên:.....

9. Mắt:.....

Thị lực: Không kính: Mắt phải:.....

Mắt trái:.....

Có kính: Số kính:..... Mắt phải:.....

Mắt trái:.....

Sắc giác:.....

III. CẬN LÂM SÀNG

1. Xét nghiệm máu

- Công thức máu.....

- Nhóm máu ABO:..... U rê máu:..... Đường máu:.....

Bác sĩ

Họ tên:.....

- Viêm gan B..... HIV.....

- Giang mai: VDRL:..... TPHA:.....

- Ký sinh trùng sốt rét trong máu:.....

- Khác:.....

-.....

Bác sĩ

Họ tên:.....

2. Xét nghiệm nước tiểu:

- Đường niệu:.....

- Protein niệu:.....

- Khác:.....

-.....

Bác sĩ

Họ tên:.....

3. Chẩn đoán hình ảnh:

- X-quang tim phổi thẳng:.....

- Khác:.....

-.....

Bác sĩ

Họ tên:.....

4. Các xét nghiệm khác:

- Xét nghiệm phân tìm ký sinh trùng:.....

-.....

-.....

-.....

IV. KẾT LUẬN: (do Chủ tịch Hội đồng khám sức khỏe, hoặc người được uỷ quyền căn cứ vào các kết quả khám lâm sàng và cận lâm sàng để kết luận: có đủ sức khỏe để đi lao động nước ngoài hay không?)

.....

.....

Ghi chú: Giấy chứng nhận sức khỏe có giá trị trong 3 tháng kể từ ngày ký

..... Ngày.... tháng.... năm.....

Chủ tịch Hội đồng khám sức khỏe

(Ký tên, đóng dấu và ghi rõ họ tên)