|  |  |
| --- | --- |
| **Tên thủ tục hành chính** | **Khám sức khỏe định kỳ** |
| **1** | **Thành phần hồ sơ** | **Bản chính** | **Bản sao** |
|  | 1. Sổ khám sức khỏe định kỳ theo mẫu quy định Phụ lục 3 ban hành kèm Thông tư số 14/2013/TT-BYT ngày 06 tháng 5 năm 2013; | x |  |
|  | 2. Giấy giới thiệu của cơ quan, tổ chức nơi người đó đang làm việc đối với trường hợp KSK định kỳ đơn lẻ hoặc có tên trong danh sách KSK định kỳ do cơ quan, tổ chức nơi người đó đang làm việc xác nhận để thực hiện KSK định kỳ theo hợp đồng. | x |  |
| **2** | **Số lượng hồ sơ** |
|  | 01 bộ |
| **3** | **Thời gian xử lý** |
|  | Theo thỏa thuận trong hợp đồng |
| **4** | **Nơi tiếp nhận và trả kết quả** |
|  | Trực tiếp tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh Trung ương và địa phương |
| **5** | **Lệ phí** |
|  | Nộp phí theo mức phí thu viện phí hiện hành |

**Phụ lục 3**

**MẪU SỔ KHÁM SỨC KHỎE ĐỊNH KỲ**

*(Kèm theo Thông tư số 14/2013/TT-BYT ngày 06 tháng 5 năm 2013*

*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**

1. Họ và tên *(chữ in hoa):* ………………..…………...………......

Ảnh

(4 x 6cm)

2. Giới:          Nam □      Nữ □      Tuổi:...............................

3. Số CMND hoặc Hộ chiếu: ................... cấp ngày....../..../......... tại.........................................................

4. Hộ khẩu thường trú:………………...........……….……..……..

……………………...……………………….................………....

………………………..……………….................……………......

5. Chỗ ở hiện tại:..............................................................................

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

6. Nghề nghiệp: .......................................................[[1]](#footnote-1).......................................................

7. Nơi công tác, học tập:..........................................[[2]](#footnote-2)......................................................

8. Ngày bắt đầu vào học/làm việc tại đơn vị hiện nay: …..….../…..…./…….....…......

9. Nghề, công việc trước đây (liệt kê các công việc đã làm trong 10 năm gần đây, tính từ thời điểm gần nhất):

a) ...........................................................................[[3]](#footnote-3).........................................................

thời gian làm việc......…[[4]](#footnote-4)........năm….[[5]](#footnote-5)........tháng từ ngày…....…/….....…/............. đến …..…../……../…….…..

b) .......................................................................[[6]](#footnote-6).............................................................

thời gian làm việc ….........… năm ….......… tháng từ ngày….…/………../…………. đến …...…../……../………..

10. Tiền sử bệnh, tật của gia đình: ...................................................................................

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

11. Tiền sử bản thân:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tên bệnh** | **Phát hiện năm** | **Tên bệnh nghề nghiệp** | **Phát hiện năm** |
| a) |   | a) |   |
| b) |   | b) |   |

 *……ngày …… tháng … năm …………*

|  |  |
| --- | --- |
| **Người lao động xác nhận** *(Ký và ghi rõ họ, tên)* | **Người lập sổ KSK định kỳ***(Ký và ghi rõ họ, tên)* |

**KHÁM SỨC KHỎE ĐỊNH KỲ**

**I. TIỀN SỬ BỆNH, TẬT**

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

**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, chữ ký của Bác sỹ** |
| **1. Nội khoa:**a) Tuần hoàn: ...................................................................................................... Phân loại ...........................................................................................................b) Hô hấp: ........................................................................................................... Phân loại ...........................................................................................................c) Tiêu hóa: ........................................................................................................ Phân loại ........................................................................................................... d) Thận-Tiết niệu: .............................................................................................. Phân loại .........................................................................................................đ) Nội tiết: .......................................................................................................... Phân loại ...........................................................................................................e) Cơ-xương-khớp:.............................................................................................. Phân loại ...........................................................................................................g) Thần kinh: ...................................................................................................... Phân loại ...........................................................................................................h) Tâm thần: ....................................................................................................... Phân loại ...........................................................................................................**2. Ngoại khoa:** .................................................................................................. Phân loại ..........................................................................................................**3. Sản phụ khoa:**  ............................................................................................. Phân loại ..........................................................................................................**4. Mắt:** - Kết quả khám thị lực: Không kính: Mắt phải:............. Mắt trái: ................... Có kính:        Mắt phải: ............. Mắt trái:................... - Các bệnh về mắt (nếu có):................................................................................- Phân loại: .........................................................................................................**5. Tai-Mũi-Họng:** - Kết quả khám thính lực:Tai trái:  Nói thường:.....................m;     Nói thầm:....................mTai phải: Nói thường:......................m;     Nói thầm:...................m - Các bệnh về tai mũi họng (nếu có):……....................................……….….... - Phân loại: ........................................................................................................ | .............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................. |
| **6. Răng-Hàm-Mặt**- Kết quả khám: + Hàm trên:............................................................................... + Hàm dưới: ............................................................................- Các bệnh về Răng-Hàm-Mặt (nếu có):............................................................- Phân loại:..........................................................................................................**7. Da liễu:** .......................................................................................................... Phân loại:.......................................................................................................... | ......................................................................................................................................................  |

**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:.....................................................................................................b) Đánh giá:.................................................................................................. | ................................................................................................... |

**IV. KẾT LUẬN**

**1. Phân loại sức khỏe:**..............................................[[7]](#footnote-7)....................................................

**2. Các bệnh, tật (nếu có):** ........................................[[8]](#footnote-8)....................................................

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

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

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

|  |  |
| --- | --- |
|  | *…………………ngày…..… tháng……… năm..............*  **NGƯỜI KẾT LUẬN** *(Ký, ghi rõ họ tên và đóng dấu)* |

1. Ghi rõ công việc hiện nay đang làm. [↑](#footnote-ref-1)
2. Ghi rõ tên, địa chỉ cơ quan, đơn vị nơi người được khám sức khỏe đang lao động, học tập [↑](#footnote-ref-2)
3. Ghi rõ công việc hiện nay đã làm [↑](#footnote-ref-3)
4. Số năm mà người được khám sức khỏe đã làm công việc đó [↑](#footnote-ref-4)
5. Số tháng mà người được khám sức khỏe đã làm công việc đó [↑](#footnote-ref-5)
6. Ghi rõ công việc hiện nay đã làm [↑](#footnote-ref-6)
7. Phân loại sức khỏe theo quy định tại Quyết định số 1613/BYT - QĐ hoặc phân loại sức khỏe theo quy định của bộ tiêu chuẩn sức khỏe chuyên ngành đối với trường hợp khám sức khỏe chuyên ngành [↑](#footnote-ref-7)
8. Ghi rõ các bệnh, tật, phương án điều trị, phục hồi chức năng hoặc giới thiệu khám chuyên khoa để khám bệnh, chữa bệnh [↑](#footnote-ref-8)