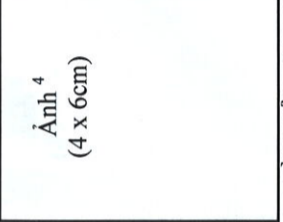


1
2

Số: /GSKSLX-.....³

GIẤY KHÁM SỨC KHỎE CỦA NGƯỜI LÁI XE

Họ và tên (*chữ in hoa*):
Giới: Nam Nữ Tuổi:
Số CMND hoặc Hộ chiếu: cấp ngày/...../.....
tại.....
Chỗ ở hiện tại:
Đề nghị khám sức khỏe để lái xe hạng:



I. 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, lao, 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, bệnh sử bản thân: Ông (bà) đã/đang mắc bệnh, tình trạng bệnh nào sau đây không (*Bác sĩ hỏi bệnh và đánh dấu X vào ô tương ứng*)

	Có/Không	
	Có	Không
Có bệnh hay bị thương trong 5 năm qua		
Có bệnh thần kinh hay bị thương ở đầu		
Bệnh mắt hoặc giảm thị lực (trừ trường hợp đeo kính thuốc)		
Bệnh ở tai, giảm sức nghe hoặc thăng bằng		
Bệnh ở tim, hoặc nhồi máu cơ tim, các bệnh tim mạch khác		
Phẫu thuật can thiệp tim - mạch (thay van, bắc cầu nối, tạo hình mạch, máy tạo nhịp, đặt stent mạch, ghép tim)		
Tăng huyết áp		
Khó thở		
Bệnh phổi, hen, khí phế thũng, viêm phế quản mạn tính		
Bệnh thận, lọc máu		
Đái tháo đường hoặc kiểm soát tăng đường huyết		
Bệnh tâm thần		
Mất ý thức, rối loạn ý thức		
Ngất, chóng mặt		
Bệnh tiêu hóa		
Rối loạn giấc ngủ, ngừng thở khi ngủ, ngủ rũ ban ngày, ngày to		
Tai biến mạch máu não hoặc liệt		
Bệnh hoặc tổn thương cột sống		
Sử dụng rượu thường xuyên, liên tục		
Sử dụng ma túy và chất gây nghiện		

Nếu "có", đề nghị ghi cụ thể tên bệnh:

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) Hiện tại đang có thai hoặc nuôi con nhỏ dưới 12 tháng hay không? (*Đối với phụ nữ*):

Tôi xin cam đoan những điều khai trên đây hoàn toàn đúng với sự thật. Nếu sai tôi xin chịu trách nhiệm trước pháp luật.

Ngàythángnăm
Người khám sức khỏe
Ký ghi rõ họ tên

2. Các xét nghiệm chỉ thực hiện khi có chỉ định của bác sỹ khám sức khỏe: Huyết học/sinh hóa/X.quang và các xét nghiệm khác.

a) Kết quả:

b) Kết luận:

IV. KẾT LUẬN

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

(Giấy khám sức khỏe này có giá trị sử dụng trong vòng 06 tháng kể từ ngày ký kết luận).

ngày.....tháng.....năm.....
Người kết luận
(Ký, ghi rõ họ, tên và đóng dấu)

5. Kết luận sức khỏe: Ghi rõ một trong ba tình trạng sau đây:

5.1. Đủ điều kiện sức khỏe lái xe hạng.....

5.2. Không đủ điều kiện sức khỏe lái xe hạng.....

5.3. Đạt tiêu chuẩn sức khỏe lái xe hạng.....nhưng yêu cầu khám lại (ghi cụ thể thời gian khám lại).....

Những trường hợp khó kết luận, đề nghị hội chẩn chuyên khoa hoặc gửi đối tượng xin khám sức khỏe lái xe ở Hội đồng GDYK các cấp

II. KHÁM LÂM SÀNG

Nội dung khám	Họ tên, chữ ký bác sĩ									
<p>1. Tâm thần:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Kết luận:</p> <p>2. Thân kinh:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Kết luận:</p> <p>3. Mắt:</p> <p>- Thị lực nhìn xa từng mắt:</p> <p>+ Không kính: Mắt phải:.....Mắt trái:.....</p> <p>+ Có kính: Mắt phải:.....Mắt trái:.....</p> <p>- Thị lực nhìn xa hai mắt: Không kính.....Có kính.....</p> <p>- Thị trường:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;">Thị trường ngang hai mắt (chiều mũi - thái dương)</th> <th style="width: 33%;">Thị trường đứng (chiều trên dưới)</th> <th style="width: 33%;"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Bình thường</td> <td>Hạn chế</td> <td>Hạn chế</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>-Sắc giác</p> <p>+ Bình thường <input type="checkbox"/></p> <p>+ Mù màu toàn bộ <input type="checkbox"/> Mù màu: - Đỏ <input type="checkbox"/> - Xanh lá cây <input type="checkbox"/> - vàng <input type="checkbox"/></p> <p>Các bệnh về mắt (nếu có):</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Kết luận:</p> <p>4. Tai-Mũi-Họng</p> <p>- Kết quả khám thính lực (có thể sử dụng máy trợ thính)</p> <p>+ Tai trái: Nói thường:.....m; Nói thầm:.....m</p> <p>+Taiphải: Nói thường:.....m; Nói thầm:.....m</p> <p>- Các bệnh về tai mũi họng (nếu có):</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	Thị trường ngang hai mắt (chiều mũi - thái dương)	Thị trường đứng (chiều trên dưới)		Bình thường	Hạn chế	Hạn chế				
Thị trường ngang hai mắt (chiều mũi - thái dương)	Thị trường đứng (chiều trên dưới)									
Bình thường	Hạn chế	Hạn chế								

Kết luận:

5. Tim mạch:

+ Mạch:lần/phút;

+ Huyết áp:/.....mmHg

.....

.....

Kết luận:

6. Hô hấp:

.....

.....

Kết luận:

7. Cơ Xương Khớp:

.....

.....

Kết luận:

8. Nội tiết:

.....

.....

Kết luận:

9. Thai sản:

.....

.....

Kết luận:

III. KHÁM CẬN LÂM SÀNG

Nội dung khám	Họ tên, chữ ký của Bác sĩ
<p>1. Các xét nghiệm bắt buộc:</p> <p>a) Xét nghiệm ma túy</p> <p>- Test Morphin/Heroin:.....</p> <p>- Test Amphetamin:.....</p> <p>- Test Methamphetamin:.....</p> <p>- Test Marijuana (cần sa):.....</p> <p>b) Xét nghiệm nồng độ cồn trong máu hoặc hơi thở:.....</p>	