



~~88~~
KSKLX-PKTH

GIẤY KHÁM SỨC KHỎE CỦA NGƯỜI LÁI XE

Họ và tên (chữ in hoa): Lê Văn Thảo
Giới: Nam Nữ Tuổi: 40
Số CMND hoặc Hộ chiếu: 028082031229 cấp ngày 14/02/2021
tại: Các Cảnh Sát
Chỗ ở hiện tại: phố Quang - Phường An Hưng - TP TH
Đề nghị khám sức khỏe để lái xe hạng: B2

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, tim mạch, 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 sỹ hỏi bệnh và đánh dấu X vào ô tương ứng)

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

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.

Thanh Hóa, ngày 2 tháng 8 năm 2022

Người đề nghị khám sức khỏe


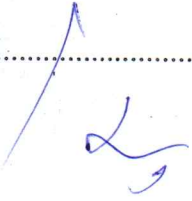
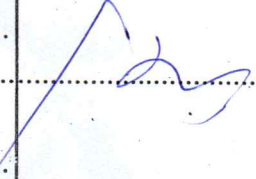
(Ký và ghi rõ họ, tên)

Lê Văn Thảo


II. KHÁM LÂM SÀNG

Nội dung khám		Họ tên, chữ ký của Bác sỹ												
1. Tâm thần:		<i>[Signature]</i> BSCKI: Nguyễn Tuấn Anh												
Kết luận.....														
2. Thần kinh:														
Kết luận.....														
3. Mắt:		<i>[Signature]</i> Nguyễn Tuấn Dũng												
- Thị lực nhìn xa từng mắt:														
+ Không kính: Mắt phải: 9/10 Mắt trái: 9/10														
+ Có kính: Mắt phải: Mắt trái:														
- Thị lực nhìn xa hai mắt: Không kính: 10/10 Có kính:														
- Thị trường:														
<table border="1"> <tr> <th colspan="2">Thị trường ngang hai mắt (chiều mũi - thái dương)</th> <th colspan="2">Thị trường đứng (chiều trên-dưới)</th> </tr> <tr> <th>Bình thường</th> <th>Hạn chế</th> <th>Bình thường</th> <th>Hạn chế</th> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> </table>			Thị trường ngang hai mắt (chiều mũi - thái dương)		Thị trường đứng (chiều trên-dưới)		Bình thường	Hạn chế	Bình thường	Hạn chế	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
Thị trường ngang hai mắt (chiều mũi - thái dương)			Thị trường đứng (chiều trên-dưới)											
Bình thường	Hạn chế		Bình thường	Hạn chế										
<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>											
-Sắc giác														
+ Bình thường <input checked="" type="checkbox"/>														
+ Mùi máu toàn bộ <input type="checkbox"/> Mùi màu: -Đỏ <input type="checkbox"/> - Xanh lá cây <input type="checkbox"/> - vàng <input type="checkbox"/>														
Các bệnh về mắt (nếu có):														
<i>Mũi tím thẫm</i>														
Kết luận.....														



Nội dung khám	Họ tên, chữ ký của Bác sỹ
4. Tai-Mũi-Họng - Kết quả khám thính lực (có thể sử dụng máy trợ thính) + Tai trái: Nói thường: <u>15</u> m; Nói thầm: <u>10</u> m + Tai phải: Nói thường: <u>15</u> m; Nói thầm: <u>10</u> m - Các bệnh về tai mũi họng (nếu có): Kết luận:	
5. Tim mạch: + Mạch: <u>70</u> lần/phút; + Huyết áp: <u>130/80</u> mmHg Kết luận: <u>nhỏ tim</u>	BSKL: Nguyễn Tuấn Anh
6. Hô hấp: Kết luận: <u>nhỏ tim</u>	
7. Cơ Xương Khớp: Kết luận: <u>nhỏ tim</u>	BS: TRẦN NGỌC HỒNG
8. Nội tiết: Kết luận: <u>nhỏ tim</u>	
9. Thai sản:	

III. KHÁM CẬN LÂM SÀNG

Nội dung khám	Họ tên, chữ ký của Bác sỹ
1. Các xét nghiệm bắt buộc: a) Xét nghiệm ma túy - Test Morphin/Heroin: - Test Amphetamin: - Test Methamphetamin: ÂM TÍNH (-) - Test Marijuana (cần sa): b) Xét nghiệm nồng độ cồn trong máu hoặc hơi thở: <u>0.0</u> 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:	 KTV: Phạm Thị Huệ



IV. KẾT LUẬN

Đủ sức khỏe lái xe ô tô hạng B2

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

Thanh Hóa, ngày 02 tháng 8 năm 2022

NGƯỜI KẾT LUẬN

(Ký, ghi rõ họ, tên và đóng dấu)



PHỔ PHÒNG KHÁM
BsCKI: Nguyễn Tuấn Anh