|  |  |
| --- | --- |
| HUYỆN:…………………….  XÃ:………………………….. | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM Độc lập - Tự do - Hạnh phúc ---------------** |
| |  | | --- | | Ảnh 4x6cm | | **PHIẾU SỨC KHỎE NGHĨA VỤ THAM GIA CÔNG AN NHÂN DÂN** |

**I. SƠ YẾU LÝ LỊCH - TIỀN SỬ BỆNH TẬT:**

Họ và tên:………………………………………………….. Sinh ngày: …./…./…. Năm, Nữ:..............

Nghề nghiệp trước khi tham gia nghĩa vụ CAND: ……………………………………………………

Chứng minh nhân dân/Căn cước công dân số: ………………………………………………………

Ngày cấp: ..../…./…. Nơi cấp: …………………………………………………………………………..

Họ tên bố:…………………………………… Năm sinh:………… Nghề nghiệp: ……………………

Họ tên mẹ:………………………………….. Năm sinh:………… Nghề nghiệp: …………………….

Nguyên quán: ……………………………………………………………………………………………..

Trú quán: ………………………………………………………………………………………………….

Tiền sử bệnh:

Bản thân: ………………………………………………………………………………………………….

Gia đình: …………………………………………………………………………………………………..

Tôi xin cam đoan khai đúng lý lịch và tiền sử bệnh của tôi.

|  |  |
| --- | --- |
| **Xác nhận lý lịch của Công an cấp huyện** | *Ngày…..tháng…..năm….* **Xác nhận tiền sử bệnh của Trạm y tế cấp xã** |

**II. KHÁM SỨC KHỎE**

**1. Khám thể lực**

Chiều cao: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_cm Mạch: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_lần/phút

Cân nặng: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_kg Huyết áp: \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ mmHg

Vòng ngực trung bình: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_cm Chỉ số BMI: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Phân loại sức khỏe:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Họ tên bác sĩ khám:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ký tên: \_\_\_\_\_\_*

**2. Mắt**

Thị thực: Không kính: Mắt phải:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Mắt trái: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Có kính Mắt phải:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Mắt trái:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Các bệnh về mắt: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Phân loại sức khỏe:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Họ tên bác sĩ khám:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ký tên: \_\_\_\_\_\_*

**3. Tai-Mũi-Họng**

Tai trái: nói thường:\_\_\_\_\_\_\_m; nói thầm:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_m

Tai phải: nói thường:\_\_\_\_\_\_\_m; nói thầm:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_m

Bệnh về tai mũi họng:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Phân loại sức khỏe:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Họ tên bác sĩ khám:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ký tên: \_\_\_\_\_\_*

**4. Răng-Hàm-Mặt**

*Phân loại sức khỏe:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Họ tên bác sĩ khám:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ký tên: \_\_\_\_\_\_*

**5. Tâm thần-Thần kinh**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Phân loại sức khỏe:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Họ tên bác sĩ khám:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ký tên: \_\_\_\_\_\_*

**6. Tuần hoàn**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Phân loại sức khỏe:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Họ tên bác sĩ khám:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ký tên: \_\_\_\_\_\_*

**7. Hô hấp**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Phân loại sức khỏe:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Họ tên bác sĩ khám:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ký tên: \_\_\_\_\_\_*

**8. Tiêu hóa**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Phân loại sức khỏe:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Họ tên bác sĩ khám:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ký tên: \_\_\_\_\_\_*

**9. Tiết niệu - sinh dục**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Phân loại sức khỏe:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Họ tên bác sĩ khám:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ký tên: \_\_\_\_\_\_*

**10. Hệ vận động**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Phân loại sức khỏe:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Họ tên bác sĩ khám:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ký tên: \_\_\_\_\_\_*

**11. Da liễu và hoa liễu**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Phân loại sức khỏe:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Họ tên bác sĩ khám:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ký tên: \_\_\_\_\_\_*

**12. Nội tiết - Chuyển hóa** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Phân loại sức khỏe:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Họ tên bác sĩ khám:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ký tên: \_\_\_\_\_\_*

**13. U các loại**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Phân loại sức khỏe:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Họ tên bác sĩ khám:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ký tên: \_\_\_\_\_\_*

**14. Phụ khoa** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Phân loại sức khỏe:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Họ tên bác sĩ khám:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ký tên: \_\_\_\_\_\_*

**III. BẢNG TỔNG HỢP (trang bên)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **TT** | **CHỈ TIÊU** | **KẾT QUẢ KHÁM SỨC KHỎE TẠI ĐỊA PHƯƠNG** | | | **KẾT QUẢ KHÁM PHÚC TRA SỨC KHỎE TẠI ĐƠN VỊ NHẬN QUÂN** | | |
| **Điểm** | **Lý do** | **Y, Bác sỹ khám** (ký, họ tên) | **Điểm** | **Lý do** | **Y, Bác sỹ khám** (ký, họ tên) |
|  | **KHÁM LÂM SÀNG** |  |  |  |  |  |  |
| 1 | Thể lực |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Mắt |  |  |  |  |  |  |
| 3 | Tai-Mũi-Họng |  |  |  |  |  |  |
| 4 | Răng-Hàm-Mặt |  |  |  |  |  |  |
| 5 | Tâm thần- Thần kinh |  |  |  |  |  |  |
| 6 | Tuần hoàn |  |  |  |  |  |  |
| 7 | Hô hấp |  |  |  |  |  |  |
| 8 | Tiêu hóa |  |  |  |  |  |  |
| 9 | Tiết niệu-sinh dục |  |  |  |  |  |  |
| 10 | Hệ vận động |  |  |  |  |  |  |
| 11 | Da liễu và hoa liễu |  |  |  |  |  |  |
| 12 | Nội tiết- Chuyển hóa |  |  |  |  |  |  |
| 13 | U các loại |  |  |  |  |  |  |
| 14 | Phụ khoa |  |  |  |  |  |  |
| **15** | **KHÁM CẬN LÂM SÀNG** |  |  |  |  |  |  |
| 1 | Kết quả xét nghiệm (nếu có) |  |  |  |  |  |  |
| **16** | **Chỉ số đặc biệt:** |  |  |  |  |  |  |
| a) | Nghiện các chất ma túy, tiền chất ma túy |  |  |  |  |  |  |
| b) | Màu và dạng tóc |  |  |  |  |  |  |
| c) | Rối loạn sắc tố da |  |  |  |  |  |  |
| d) | Xăm, trổ, phun xăm |  |  |  |  |  |  |
| d) | Bấm lỗ tai, lỗ mũi và ở các vị trí khác trên cơ thể để đeo đồ trang sức |  |  |  |  |  |  |
| e) | Bệnh mạn tính, bệnh xã hội |  |  |  |  |  |  |
| g) | Sẹo lồi co kéo ở vùng đầu, mặt, cổ, cẳng tay, bàn tay, bàn chân. |  |  |  |  |  |  |
|  | **Kết luận:** |  | | |  |  | |
| *Ngày… …tháng… …năm… …* **CHỦ TỊCH HỘI ĐỒNG KHÁM SỨC KHỎE NGHĨA VỤ QUÂN SỰ HUYỆN** *(Ký tên, đóng dấu)* | | | | | *Ngày…tháng…năm…* **CHỦ TỊCH HỘI ĐỒNG KHÁM PHÚC TRA SỨC KHỎE** *(Ký tên, đóng dấu)* | | |