


2. Quy trình cấp giấy chứng nhận sức khỏe học tập, công tác, lao động

	QUY TRÌNH CẤP GIẤY CHỨNG NHẬN SỨC KHỎE HỌC TẬP, CÔNG TÁC, LAO ĐỘNG
Trình tự thực hiện	<p>- Bước 1: Đón tiếp</p> <ul style="list-style-type: none">+ Khách hàng đến bàn đăng ký khoa Khám bệnh, xuất trình hồ sơ khám sức khỏe; đăng ký khám sức khỏe (nêu rõ số tờ cần cấp).+ Nộp lệ phí và lấy hóa đơn tại quầy Thu viện phí.+ Khách hàng cung cấp đầy đủ, trung thực thông tin cá nhân, tình trạng sức khỏe hiện tại, tiền sử bệnh tật của bản thân, gia đình vào mục “Tiền sử bệnh tật của đối tượng khám sức khỏe”. Ký, ghi rõ họ tên vào mục “Người đề nghị khám sức khỏe” trong giấy khám sức khỏe/sổ khám sức khỏe định kỳ. <p>- Bước 2: Khám lâm sàng, cận lâm sàng</p> <ul style="list-style-type: none">+ Khoa Khám bệnh thực hiện đối chiếu ảnh trong giấy khám sức khỏe với người đến khám sức khỏe; đối chiếu thông tin khách hàng tự khai trong hồ sơ với căn cước công dân hoặc giấy tờ tùy thân của khách hàng; liên hệ đóng dấu giáp lai vào ảnh sau khi thực hiện đối chiếu; hướng dẫn quy trình khám sức khỏe cho khách hàng.+ Khách hàng thực hiện khám các chuyên khoa: nội khoa, ngoại khoa, da liễu, sản phụ khoa, mắt, TMH, RHM, làm các dịch vụ CDHA – TDCN, xét nghiệm (nếu cần). <p>- Bước 3: Kết luận và phân loại sức khỏe</p> <p>Sau khi khám đủ các chuyên khoa, khách hàng quay lại phòng khám ban đầu, bác sĩ xem xét kết quả khám và kết luận sức khỏe.</p> <p>- Bước 4: Cấp và lưu hồ sơ khám sức khỏe</p> <p>Nhân viên y tế trình ký Lãnh đạo (hồ sơ trình ký gồm giấy khám sức khỏe và hóa đơn thu tiền khám sức khỏe), đóng dấu và trả Giấy chứng nhận sức khỏe cho khách hàng; lưu 01 bản tại Bệnh viện.</p>
Cách thức thực hiện	Đến trực tiếp tại khoa Khám bệnh
Thành phần, số	Thành phần hồ sơ bao gồm:

lượng hồ sơ	<ul style="list-style-type: none"> - Ảnh chân dung cỡ 04cm x 06cm, được chụp trên nền trắng trong thời gian không quá 06 tháng tính đến ngày nộp hồ sơ khám sức khỏe (số lượng ảnh = số giấy khám sức khỏe + 01). - Căn cước công dân hoặc giấy tờ tùy thân có ảnh hợp lệ khác có thông tin cá nhân của người khám sức khỏe. - Đối với người mất năng lực hành vi dân sự hoặc hạn chế năng lực hành vi dân sự đề nghị khám sức khỏe thì phải có văn bản đồng ý của thân nhân người khám sức khỏe. <p>Số lượng hồ sơ: Cung cấp số lượng ảnh chân dung bằng số tờ khám sức khỏe cần cấp + 01 ảnh để lưu tại Bệnh viện.</p>
Thời hạn giải quyết	<ul style="list-style-type: none"> - Đối với trường hợp khám sức khỏe đơn lẻ: trả hồ sơ trong 24 giờ (kể từ khi kết thúc khám sức khỏe), trừ trường hợp phải khám hoặc xét nghiệm bổ sung theo yêu cầu của người thực hiện khám sức khỏe. - Đối với trường hợp khám sức khỏe theo hợp đồng: trả hồ sơ theo thỏa thuận ghi trong hợp đồng.
Đối tượng thực hiện thủ tục hành chính	Cá nhân đề nghị khám sức khỏe
Kết quả thực hiện thủ tục hành chính	Giấy khám sức khỏe/sổ khám sức khỏe định kỳ
Lệ phí	Theo văn bản quy phạm hiện hành
Tên mẫu đơn, mẫu tờ khai	<ul style="list-style-type: none"> - Mẫu giấy khám sức khỏe dùng cho người từ đủ 18 tuổi trở lên (Mẫu 2.1, Phụ lục 2); - Mẫu giấy khám sức khỏe dùng cho người dưới 18 tuổi (Mẫu 2.2, Phụ lục 2); - Sổ khám sức khỏe định kỳ (Mẫu 2.3, Phụ lục 2).
Yêu cầu, điều kiện thực hiện thủ tục hành chính	Thực hiện khám đầy đủ các chuyên khoa theo mẫu giấy khám sức khỏe quy định.
Căn cứ pháp lý của thủ tục hành chính	<ul style="list-style-type: none"> - Luật Khám bệnh, chữa bệnh ngày 09/01/2023; - Thông tư số 32/2023/TT-BYT ngày 31/12/2023 của Bộ trưởng Bộ Y tế quy định chi tiết một số điều của Luật Khám bệnh, chữa bệnh; - Quyết định số 3489/QĐ-BYT ngày 09/9/2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc công bố thủ tục hành chính được sửa đổi, bổ sung thuộc phạm vi chức năng quản lý của Bộ Y tế.

Phụ lục 2:

MẪU 2.1: GIẤY KHÁM SỨC KHỎE DÀNH CHO NGƯỜI TỪ 18 TUỔI TRỞ LÊN

SỞ Y TẾ THANH HÓA
BỆNH VIỆN ĐA KHOA HÀ TRUNG

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Số: /GKSK-BVHT

GIẤY KHÁM SỨC KHỎE
(Dành cho người từ 18 tuổi trở lên)

Ảnh (4 x 6 cm) (đóng dấu rập lại hoặc Scan ảnh)	1. Họ và tên (viết chữ in hoa): 2. Giới tính: Nam <input type="checkbox"/> Nữ <input type="checkbox"/> 3. Sinh ngày..... tháng.....năm..... (Tuổi:.....) 4. Số CMND/CCCD /Hộ chiếu/Định danh CD:..... 5. Cấp ngày..... / / tại..... 6. Chỗ ở hiện tại:.....
--	--

* **Lưu ý:** Trường hợp đối tượng KSK có CCCD gắn chip hoặc có số định danh công dân đã thực hiện kết nối với cơ sở dữ liệu quốc gia về dân cư, phần HÀNH CHÍNH nêu trên chỉ cần ghi các mục (1) Họ và tên, (3) Ngày tháng năm sinh, (4) số định danh công dân

7. Lý do khám sức khỏe:

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 bản thân: Ông (bà) đã/đang mắc bệnh, tình trạng bệnh nào sau đây không:

TT	Tên bệnh, tật	Có	Không	STT	Tên bệnh, tật	Có	Không
1	Có bệnh hay bị thương trong 5 năm qua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12	Đái tháo đường hoặc kiểm soát tăng đường huyết	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Có bệnh thần kinh hay bị thương ở đầu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13	Bệnh tâm thần	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Bệnh mắt hoặc giảm thị lực (trừ trường hợp đeo kính thuốc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14	Mất ý thức, rối loạn ý thức	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Bệnh ở tai, giảm sức nghe hoặc thính giác	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15	Ngất, chóng mặt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Bệnh ở tim, hoặc nhồi máu cơ tim, các bệnh tim mạch khác	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16	Bệnh tiêu hóa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Phẫu thuật can thiệp tim - mạch (thay van, bắc cầu nối, tạo hình mạch, máy tạo nhịp, đặt slent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17	Rối loạn giấc ngủ, ngừng thở khi ngủ, ngủ rũ ban ngày, ngáy to	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TT	Tên bệnh, tật	Có	Không	STT	Tên bệnh, tật	Có	Không
	mạch, ghép tim)						
7	Tăng huyết áp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18	Tai biến mạch máu não hoặc liệt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Khó thở	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19	Bệnh hoặc tổn thương cột sống	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Bệnh phổi, hen, khí phế thũng, viêm phế quản mạn tính	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20	Sử dụng rượu thường xuyên, liên tục	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Bệnh thận, lọc máu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21	Sử dụng ma túy và chất gây nghiện	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Nghiện rượu, bia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22	Bệnh khác (ghi rõ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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) Tiền sử thai sản (Đối với phụ nữ):

Tôi xin cam đoan những điều khai trên đây hoàn toàn đúng với sự thật theo sự hiểu biết của tôi.

..... ngày tháng.....năm.....
NGƯỜI ĐỀ NGHỊ KHÁM SỨC KHỎE
(Ký và ghi rõ họ, tên)

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 và chữ ký của Bác sỹ chuyên khoa
1.	Nội khoa	
	<i>Tuần hoàn</i>	
a)	Phân loại	
b)	<i>Hô hấp</i>	
	Phân loại	
c)	<i>Tiêu hóa</i>	

Nội dung khám		Họ tên và chữ ký của Bác sỹ chuyên khoa
	Phân loại	
d)	<i>Thận-Tiết niệu</i>	
	Phân loại	
đ)	<i>Nội tiết</i>	
	Phân loại	
e)	<i>Cơ - xương - khớp</i>	
	Phân loại	
g)	<i>Thần kinh</i>	
	Phân loại	
h)	<i>Tâm thần</i>	
	Phân loại	
Ngoại khoa, Da liễu: - Ngoại khoa: 2. Phân loại: - Da liễu: Phân loại:.....		
Sản phụ khoa: 3. Phân loại:		
4. Mắt:		
<i>Kết quả khám thị lực:</i>		
Không kính: Mắt phải.....Mắt trái.....		
Có kính: Mắt phải..... Mắt trái.....		
<i>Các bệnh về mắt (nếu có):</i>		
Phân loại:		
5. Tai - Mũi - Họng		
<i>Kết quả khám thính lực:</i>		
Tai trái: Nói thường..... m; Nói thầm.....m		
Tai phải: Nói thường..... m; Nói thầm..... m		
<i>Các bệnh về tai mũi họng (nếu có):</i>		
Phân loại:		
6. Răng - Hàm - Mặt		
<i>Kết quả khám:</i> Hàm trên:		

Nội dung khám	Họ tên và chữ ký của Bác sỹ chuyên khoa
Hàm dưới:	
Các bệnh về răng hàm mặt (nếu có):.....	
Phân loại:	

III. KHÁM CẬN LÂM SÀNG

Nội dung khám	Họ tên, chữ ký của Bác sỹ
1. Xét nghiệm máu: a) Công thức máu: Số lượng HC: Số lượng Bạch cầu: Số lượng tiểu cầu: b) Sinh hóa máu: Đường máu: Urê: Creatinin: ASAT(GOT): ALAT (GPT):	
2. Xét nghiệm nước tiểu: a) Đường: b) Protein: c) Khác (nếu có):	
3. Chẩn đoán hình ảnh (XQ tim phổi thẳng):	

IV. KẾT LUẬN

1. Phân loại sức khỏe:

2. Các bệnh, tật (nếu có):

.....

....., ngày..... tháng..... năm 202.....

NGƯỜI KẾT LUẬN

(ký, ghi rõ họ, tên và đóng dấu)

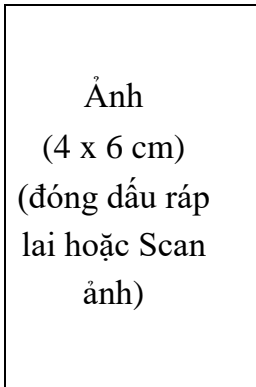
MẪU 2.2: GIẤY KHÁM SỨC KHỎE DÀNH CHO NGƯỜI DƯỚI 18 TUỔI

SỞ Y TẾ THANH HÓA
BỆNH VIỆN ĐA KHOA HÀ TRUNG

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Số: /GKSK-BVHT

GIẤY KHÁM SỨC KHỎE
 (Dành cho người dưới 18 tuổi)



1. Họ và tên (*viết chữ in hoa*):
2. Giới tính: Nam Nữ
3. Sinh ngày..... tháng.....năm..... (Tuổi:.....)
4. Số CMND/CCCD /Hộ chiếu/Định danh CD:
5. Cấp ngày..... / / tại.....
6. Chỗ ở hiện tại:

* **Lưu ý:** Trường hợp đối tượng KSK có CCCD gắn chip hoặc có số định danh công dân đã thực hiện kết nối với cơ sở dữ liệu quốc gia về dân cư, phần HÀNH CHÍNH nêu trên chỉ cần ghi các mục (1) Họ và tên, (3) Ngày tháng năm sinh, (4) số định danh công dân.

7. Lý do khám sức khỏe:

TIỀN SỬ BỆNH TẬT

1. Tiền sử gia đình

Có ai trong gia đình mắc các bệnh bẩm sinh hoặc bệnh truyền nhiễm không:

a) Không b) Có ; Nếu “có”, đề nghị ghi cụ thể tên bệnh:

.....

2. Tiền sử bản thân:

a) Sản khoa:

- Bình thường.

- Không bình thường: Đẻ thiếu tháng; Đẻ thừa cân; Đẻ có can thiệp; Đẻ ngạt; Mẹ bị bệnh trong thời kỳ mang thai (Nếu có cần ghi rõ tên bệnh:

.....

b) Tiêm chủng:

STT	Loại vắc xin	Tình trạng tiêm/uống vắc xin		
		Có	Không	Không nhớ rõ
1	BCG			
2	Bạch hầu, ho gà, uốn ván			
3	Sởi			
4	Bại liệt			
5	Viêm não Nhật Bản B			
6	Viêm gan B			
7	Các loại khác			

c) Tiền sử bệnh/tật: (Các bệnh bẩm sinh và mãn tính)

- Không

- Có

Nếu “có”: ghi cụ thể tên bệnh

.....

d) Hiện tại có đang điều trị bệnh gì không? Nếu có, ghi rõ tên bệnh và liệt kê các thuốc đang dùng:

.....

Tôi xin cam đoan những điều khai trên đây hoàn toàn đúng với sự thật theo sự hiểu biết của tôi.

..... ngày..... tháng..... năm 202.....

Người đề nghị khám sức khỏe
 (Hoặc cha/mẹ hoặc người giám hộ)
 (Ký và ghi rõ họ, tên)

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 và chữ ký của Bác sỹ chuyên khoa
1.	Nhi khoa	
	a)	<i>Tuần hoàn</i>
	b)	<i>Hô hấp</i>
	c)	<i>Tiêu hóa</i>
	d)	<i>Thận-Tiết niệu</i>
	đ)	<i>Thần kinh</i>
	e)	<i>Tâm thần</i>
	g)	<i>Khám lâm sàng khác</i>
2.	Mắt:	
<i>Kết quả khám thị lực:</i>		
.....		
Không kính: Mắt phải..... Mắt trái.....		
Có kính: Mắt phải..... Mắt trái.....		
<i>Các bệnh về mắt (nếu có):</i>		
3.	Tai - Mũi - Họng	
<i>Kết quả khám thính lực:</i>		
Tai trái: Nói thường..... m; Nói thầm..... m		
Tai phải: Nói thường..... m; Nói thầm..... m		
<i>Các bệnh về tai mũi họng (nếu có):</i>		
4.	Răng - Hàm - Mặt	
<i>Kết quả khám:</i>		
Hàm trên:		

Nội dung khám	Họ tên và chữ ký của Bác sỹ chuyên khoa
Hàm dưới:	
Các bệnh về răng hàm mặt (nếu có):	

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: Kết quả:	

IV. KẾT LUẬN CHUNG:

Sức khỏe bình thường:

.....

Hoặc các vấn đề sức khỏe cần lưu ý:

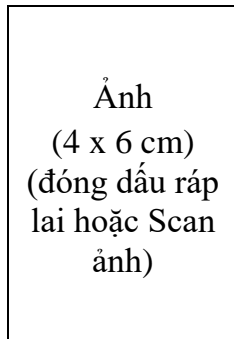
.....

....., ngày..... tháng..... năm 202.....

NGƯỜI KẾT LUẬN
(Ký, ghi rõ họ tên và đóng dấu)

MẪU 2.3: SỔ KHÁM SỨC KHỎE ĐỊNH KỲ
CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

SỔ KHÁM SỨC KHỎE ĐỊNH KỲ



1. Họ và tên (*viết chữ in hoa*):
2. Giới tính: Nam Nữ
3. Sinh ngày..... tháng..... năm..... (Tuổi:.....)
4. Số CMND/CCCD/Hộ chiếu/Định danh CD:.....
5. Cấp ngày..... / / tại
6. Chỗ ở hiện tại:
- Số điện thoại liên hệ:

* **Lưu ý:** Trường hợp đối tượng KSK có CCCD gắn chip hoặc có số định danh công dân đã thực hiện kết nối với cơ sở dữ liệu quốc gia về dân cư, phần HÀNH CHÍNH nêu trên chỉ cần ghi các mục (1) Họ và tên, (3) Ngày tháng năm sinh, (4) số định danh công dân

7. Nghề nghiệp:

8. Nơi công tác, học tập:

9. Ngày bắt đầu vào làm việc tại đơn vị hiện nay: / /

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

a)

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

b)

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

11. Tiền sử bệnh, tật của gia đình:

12. Tiền sử bệnh, tật của bản thân:

Tên bệnh	Phát hiện năm	Tên bệnh nghề nghiệp	Phát hiện năm
a)		a)	
b)		b)	
c)		c)	
d)		d)	

..... 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***(Bác sỹ khám sức khỏe hỏi và ghi chép)***Tiền sử sản phụ khoa (Đối với nữ):**- Bắt đầu thấy kinh nguyệt năm bao nhiêu tuổi:

- Tính chất kinh nguyệt: Điều Không điều Chu kỳ kinh:

 ngày Lượng kinh:

 ngàyĐau bụng kinh: Có Không - Đã lập gia đình: Có Chưa - PARA:

- Số lần mổ sản, phụ khoa: Có Ghi rõ: Chưa - Có đang áp dụng BPTT không? Có Ghi rõ: Không **II. KHÁM THỂ LỰC**

- Chiều cao:cm; - Cân nặng:kg; - Chỉ số BMI:.....

- Mạch:lần/phút; - Huyết áp:...../..... mmHg

Phân loại thể lực:

III. KHÁM LÂM SÀNG

Nội dung khám		Họ tên và chữ ký của Bác sỹ chuyên khoa
1. Nội khoa		
a)	<i>Tuần hoàn</i>	
	Phân loại	
b)	<i>Hô hấp</i>	
	Phân loại	
c)	<i>Tiêu hóa</i>	
	Phân loại	
d)	<i>Thận-Tiết niệu</i>	
	Phân loại	

Nội dung khám		Họ tên và chữ ký của Bác sỹ chuyên khoa
đ)	Nội tiết	
	Phân loại	
e)	Cơ - xương - khớp	
	Phân loại	
g)	Thần kinh	
	Phân loại	
h)	Tâm thần	
	Phân loại	
Ngoại khoa, Da liễu: - Ngoại khoa:..... 2. Phân loại: - Da liễu:..... Phân loại:		
3. Sản phụ khoa: Phân loại:		
4. Mắt: <i>Kết quả khám thị lực:</i> Không kính: Mắt phải.....Mắt trái..... Có kính: Mắt phải..... Mắt trái..... <i>Các bệnh về mắt (nếu có):</i> Phân loại:		
5. Tai - Mũi - Họng <i>Kết quả khám thính lực:</i> Tai trái: Nói thường..... m; Nói thầm..... m Tai phải: Nói thường..... m; Nói thầm..... m <i>Các bệnh về tai mũi họng (nếu có):</i> Phân loại:		
6. Răng - Hàm - Mặt <i>Kết quả khám:</i>		

Nội dung khám	Họ tên và chữ ký của Bác sỹ chuyên khoa
Hàm trên:	
Hàm dưới:	
<i>Các bệnh về răng hàm mặt (nếu có):</i>	
Phân loại	

IV. KHÁM CẬN LÂM SÀNG

<p>* Xét nghiệm huyết học/sinh hóa/X.quang và các xét nghiệm khác khi có chỉ định của bác sỹ:</p> <p>a) Kết quả:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>b) Đánh giá:</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
---	--

V. KẾT LUẬN

1. Phân loại sức khỏe:

2. Các bệnh, tật (nếu có):

.....

.....

NGƯỜI KẾT LUẬN

(Ký, ghi rõ họ tên và đóng dấu)