VỀ VIỆC ĐIỀN PHIẾU KHÁM SỨC KHOẺ

Đây là lịch khám sức khoẻ HS theo chỉ đạo của Phường An Khánh ngày 20/8/2026, kính nhờ quý Phụ huynh vui lòng điền đầy đủ tất cả các thông tin trang 1 & 2 (hình ảnh bên dưới) và ký tên xác nhận để đảm bảo công tác khám cho học sinh.

ỦY BAN NHÂN DÂN
PHƯỜNG AN KHÁNH
TRẠM Y TẾ

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

Số:...../GKSK

MẪU 02 - GIẤY KHÁM SỨC KHỎE VÀ KHÁM SỨC KHỎE ĐỊNH KỲ DÙNG CHO TRẺ TỪ ĐỦ 06 TUỔI ĐẾN DƯỚI 18 TUỔI

(Ban hành kèm theo Thông tư số 25/2026/TT-BYT ngày 30 tháng 6 năm 2026 của Bộ Y tế)

THÔNG TIN HÀNH CHÍNH

1. Họ và tên *(viết chữ in hoa)*.....
2. Giới tính: ☐ Nam ☐ Nữ
3. Ngày tháng năm sinh: .....
4. Dân tộc: .....
5. Nhóm máu (nếu có): .....
6. Số CCCD/Mã số định danh/Hộ chiếu[1]: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
7. Số thẻ BHYT: ☐☐ - ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
8. Nơi ở hiện tại: .....

Xã/Phường: .....

9. Trẻ có đi học: ☐ Có ☐ Không (chuyển qua câu 12)
10. Tên Trường (nếu có):..... Lớp: .....
11. Địa chỉ trường: .....

Xã/Phường: .....

12. Họ và tên mẹ hoặc người giám hộ (đối với trẻ ≤16 tuổi):.....

CCCD của mẹ hoặc người giám hộ:☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

13. Mối quan hệ với trẻ: ☐ Cha ☐ Mẹ ☐ Ông/bà ☐ Anh/chị ☐ Họ hàng ☐ Khác
14. Điện thoại di động: .....
15. Lý do khám sức khỏe: .....

TIỀN SỬ BỆNH TẬT

1. Tiền sử gia đình (bao gồm bố mẹ, anh chị em ruột)

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

☐ Không ☐ Có. Nếu có, ghi cụ thể tên bệnh

.....

2. Tiền sử bản thân:

a) Sản khoa:

☐ Bình thường.

☐ Không bình thường:

☐ Đẻ thiếu tháng ☐ Đẻ ngạt

☐ Đẻ thừa cân ☐ Mẹ bị bệnh trong thời kỳ mang thai (nếu có cần ghi rõ tên bệnh):

☐ Đẻ có can thiệp .....

b) Tiêm chủng:

Phòng bệnh	Lịch khuyến cáo	Tên vắc xin	Mũi tiêm/ uống	Ngày tiêm/uống	Tình trạng tiêm/uống vắc xin *(Đánh dấu "X" vào các ô tương ứng)*		
					Đã tiêm	Chưa tiêm	Không nhớ rõ
Lao	Sơ sinh		Mũi 1	..../..../...	..	..	..
Viêm gan siêu vi B	Trong vòng 24 giờ sau sinh		Mũi 1	..../..../...	..	..	..
	02 tháng		Mũi 2	..../..../...	..	..	..
	03 tháng		Mũi 3	..../..../...	..	..	..

[1] Đối với đối tượng sử dụng ngân sách nhà nước chỉ chấp nhận số định danh cá nhân hoặc căn cước công dân

Phòng bệnh	Lịch khuyến cáo	Tên vắc xin	Mũi tiêm/ uống	Ngày tiêm/uống	Tình trạng tiêm/uống vắc xin *(Đánh dấu "X" vào các ô tương ứng)*		
					Đã tiêm	Chưa tiêm	Không nhớ rõ
	04 tháng		Mũi 4	…/…/…	..	..	..
Bạch hầu, Uốn ván, Ho gà	02 tháng		Mũi 1	…/…/…	..	..	..
	03 tháng		Mũi 2	…/…/…	..	..	..
	04 tháng		Mũi 3	…/…/…	..	..	..
	18 tháng		Mũi 4	…/…/…	..	..	..
Bại liệt	02 tháng (uống)		Liều 1	…/…/…	..	..	..
	03 tháng (uống)		Liều 2	…/…/…	..	..	..
	04 tháng (uống)		Liều 3	…/…/…	..	..	..
	05 tháng (tiêm)		Mũi 1	…/…/…	..	..	..
	09 tháng (tiêm)		Mũi 2	…/…/…	..	..	..
Viêm phổi, viêm màng não do Hib/ *Hemophilus influenzae* type B (Hib)	02 tháng		Mũi 1	…/…/…	..	..	..
	03 tháng		Mũi 2	…/…/…	..	..	..
	04 tháng		Mũi 3	…/…/…	..	..	..
Sởi	09 tháng		Mũi 1	…/…/…	..	..	..
	18 tháng		Mũi 2	…/…/…	..	..	..
Sởi - Rubella	18 tháng		Mũi 1	…/…/…	..	..	..
Viêm não Nhật Bản	12 tháng		Mũi 1	…/…/…	..	..	..
	Cách 1-2 tuần sau mũi 1		Mũi 2	…/…/…	..	..	..
	24 tháng		Mũi 3	…/…/…	..	..	..
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?

☐ Không

☐ Có. 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 ……

Người đề nghị khám sức khỏe

(Hoặc cha/mẹ hoặc người giám hộ)

(Ký và ghi rõ họ, tên)