

HEALTH CERTIFICATE

GIẤY KHÁM SỨC KHỎE

I. Basic data/ Thông tin chung

Name/ Họ tên:	Nationality/ Quốc tịch:
Passport No./ Số hộ chiếu:	Sex/ Giới tính: Male/Nam ☐ Female/Nữ ☐
ID No./ Số CCCD:	DOB/ Ngày sinh:
City, Country/ Tỉnh, Thành phố:	Mobile phone/Số điện thoại:

Dán ảnh
4cm x 6cm

II. Medical History/ Tiền sử bệnh

Prior illnesses/ Các bệnh trước đó:

III. Physical Examination/ Khám thể lực

Height/Chiều cao: _____ cms	Head and neck/Đầu và cổ: ☐ Normal/ Bình thường ☐ Abnormal/ Bất thường
Weight/ Cân nặng: _____ kgs	Thorax/Ngực: ☐ Normal/ Bình thường ☐ Abnormal/ Bất thường
Blood pressure/ Huyết áp: _____ mmHg	Heart auscultation/ Khám tim: ☐ Normal/ Bình thường ☐ Abnormal/ Bất thường
Pulse/ Nhịp tim: _____ beats/min	Abdomen/ Khám bụng: ☐ Normal/ Bình thường ☐ Abnormal/ Bất thường
Body temperature/ Thân nhiệt: _____ °C	Locomotion/ Kiểm tra vận động: ☐ Normal/ Bình thường ☐ Abnormal/ Bất thường
Vision/ thị lực: Right/ Phải: _____ Left/ Trái: _____	Mental status/ Khám thần kinh: ☐ Normal/ Bình thường ☐ Abnormal/ Bất thường
Arm/hand: Left/ trái ☐ Normal/bình thường ☐ Abnormal/bất thường Tay/bàn tay Right/ phải ☐ Normal/bình thường ☐ Abnormal/bất thường Leg/foot: Left/ trái ☐ Normal/bình thường ☐ Abnormal/bất thường Chân/bàn chân: Right/ phải ☐ Normal/bình thường ☐ Abnormal/bất thường	
Others (Khác):	

IV. Laboratory Examinations/ Xét nghiệm

A. Chest X-ray for Tuberculosis/ Chụp X quang ngực để phát hiện bệnh lao phổi

Findings/ Phát hiện:..... TB/ Lao phổi:.....

Result: Passed ☐ TB suspect ☐ Pending ☐ Failed ☐

B. Serological Test for Syphilis (TPHA)/ Xét nghiệm bệnh giang mai:

Result/ Kết quả: Positive/ Dương tính ☐ Negative/ Âm tính ☐

C. Hepatitis B Virus Test (HBsAg)/ Xét nghiệm bệnh viêm gan B

Result/ Kết quả: Positive/ Dương tính ☐ Negative/ Âm tính ☐

D. HIV Test/ Xét nghiệm HIV

Result/ Kết quả: Positive/ Dương tính ☐ Negative/ Âm tính ☐

E. Urinalysis/ Xét nghiệm nước tiểu:.....

.....
.....

F. Hemoglobin/Huyết sắc tố:.....

Glucose/ Đường huyết:.....

Cholesterol/ Mỡ máu:.....

G. Liver function tests/ Chức năng gan (SGOT, SGPT, r-GTP):

.....
.....

H. Blood type/ Nhóm máu (ABO, RH):.....

V. Conclusion/ Kết luận:

Date/Ngày:.....

Signature of Hospital Director/Xác nhận của Giám đốc bệnh viện