

Số: 312/TB-PKĐK

Thành phố Hồ Chí Minh, ngày 07 tháng 7 năm 2026

THÔNG BÁO

V/v Thay đổi biểu mẫu giấy khám sức khỏe và khám sức khỏe định kỳ theo
Thông tư số 25/2026/TT-BYT của Bộ Y tế

Căn cứ Thông tư số 25/2026/TT-BYT ngày 30 tháng 06 năm 2026 của Bộ Y tế sửa đổi, bổ sung một số điều của Thông tư số 01/2013/TT-BYT hướng dẫn thực hiện quản lý chất lượng xét nghiệm tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, Thông tư số 32/2023/TT-BYT quy định chi tiết một số điều của Luật Khám bệnh, chữa bệnh, Thông tư số 23/2024/TT-BYT ban hành Danh mục kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh và Thông tư số 42/2025/TT-BYT quy định về tiêu chuẩn sức khỏe của người điều khiển phương tiện giao thông đường sắt;

Căn cứ chức năng, nhiệm vụ và quy chế tổ chức hoạt động của Phòng khám đa khoa Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch;

Nhằm đảm bảo công tác khám, chữa bệnh và cấp giấy khám sức khỏe được thực hiện thống nhất, tuân thủ đúng các quy định hiện hành của pháp luật, Phòng khám đa khoa thông báo các nội dung sau:

1. Nội dung thay đổi biểu mẫu

Phòng khám chính thức áp dụng mẫu giấy khám sức khỏe và khám sức khỏe định kỳ mới theo quy định tại Thông tư số 25/2026/TT-BYT ngày 30 tháng 6 năm 2026 của Bộ Y tế. (biểu mẫu đính kèm)

Các biểu mẫu mới này sẽ thay thế hoàn toàn cho mẫu giấy khám sức khỏe và sổ khám sức khỏe định kỳ trước đây (áp dụng theo Thông tư số 32/2023/TT-BYT).

2. Thời gian áp dụng

Việc sử dụng các biểu mẫu khám sức khỏe mới chính thức có hiệu lực kể từ ngày 07 tháng 07 năm 2026.

3. Phân công tổ chức thực hiện

Phòng Kế hoạch Nghiệp vụ - Đào tạo - Điều dưỡng làm đầu mối chịu trách nhiệm thực hiện các công việc sau:

- Triển khai thông báo, cập nhật kịp thời và cấp phát các biểu mẫu mới đến vị trí Tiếp nhận.
- Tổ chức hướng dẫn cho bộ phận tiếp nhận những điểm mới của biểu mẫu.
- Chủ động hướng dẫn khách hàng/bệnh nhân nắm bắt sự thay đổi, đồng thời hỗ trợ khách hàng cách thức ghi chép, điền thông tin trên giấy khám sức khỏe và khám sức khỏe định kỳ mới một cách chính xác, đúng quy định.

Trong quá trình áp dụng, nếu có khó khăn hoặc vướng mắc, đề nghị liên hệ trực tiếp Phòng Kế hoạch Nghiệp vụ - Đào tạo - Điều dưỡng để được hỗ trợ và giải quyết.

Trân trọng./ 

Nơi nhận:

- Ban Lãnh đạo PK;
- Các Khoa/Phòng/Khối/Trạm Y tế;
- Lưu: VT, P.KHNVĐTĐD (T_01).

TRƯỞNG PHÒNG KHÁM




PGS. TS. BS. Châu Văn Trở

Số:/GSKS-TĐHYKPNT-PKĐK

**GIẤY KHÁM SỨC KHỎE VÀ KHÁM SỨC KHỎE ĐỊNH KỲ DÙNG CHO NGƯỜI
TỪ ĐỦ 18 TUỔI TRỞ LÊN**

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

- Họ và tên (viết chữ in hoa):
- Giới tính: ☐ Nam ☐ Nữ
- Ngày tháng năm sinh: (Tuổi:)
- Số CCCD/ Hộ chiếu/ Mã định danh:
- Cấp ngày/...../..... Nơi cấp
- Dân tộc: 7. Đối tượng:
- Nguồn chi trả: 9. Nhóm máu: (nếu có)
- Nơi ở hiện tại: Tỉnh/ thành: phường/ xã:
Số nhà/ thôn/ xóm:
- Nghề nghiệp:
- Nơi làm việc, học tập:
- 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:

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

	ghép tim)						
7	Tăng huyết áp	☐	☐	18	Tai biến mạch máu não hoặc liệt	☐	☐
8	Khó thở	☐	☐	19	Bệnh hoặc tổn thương cột sống	☐	☐
9	Bệnh phổi, hen, khí phế thũng, viêm phế quản mạn tính	☐	☐	20	Sử dụng rượu thường xuyên, liên tục	☐	☐
10	Bệnh thận, lọc máu	☐	☐	21	Sử dụng ma túy và chất gây nghiện	☐	☐
11	Nghiện rượu, bia	☐	☐	22	Bệnh khác (ghi rõ)	☐	☐

3. Câu hỏi khác (nếu có):

a) Ông (bà) có đang điều trị bệnh gì không?

☐ Không ☐ Có (Nếu có, xin hãy liệt kê tên bệnh, các thuốc đang dùng và liều lượng):

.....

b) Tiền sử thai sản (Đối với phụ nữ):

☐ Không ☐ Có (Nếu có, xin hãy liệt kê tên bệnh, các thuốc đang dùng và liều lượng):

.....

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
1.	Nội khoa	
	<i>Tuần hoàn:</i> a) <i>Phân loại:</i>	
b)	<i>Hô hấp:</i> <i>Phân loại:</i>	
	<i>Tiêu hóa:</i> c) <i>Phân loại:</i>	
d)	<i>Thận - Tiết niệu - Sinh dục:</i> <i>Phân loại:</i>	
	<i>Nội tiết:</i> đ) <i>Phân loại:</i>	
e)	<i>Cơ - xương - khớp:</i> <i>Phân loại:</i>	
	<i>Thần kinh:</i> g) <i>Phân loại:</i>	
h)	<i>Tâm thần:</i> <i>Phân loại:</i>	
	2. Ngoại khoa: <i>Phân loại:</i>	
3.	Da liễu: <i>Phân loại:</i>	
	4. Sản phụ khoa: <i>Phân loại:</i>	
5. 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>		
<i>Phân loại:</i>		
6. 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>		
<i>Phân loại:</i>		

6. Răng - Hàm - Mặt	
Kết quả khám: Hàm trên:	
Hàm dưới:.....	
Các bệnh về răng hàm mặt (nếu có):	
Phân loại:	

III. KHÁM CẬN LÂM SÀNG

1. Khám phân loại sức khỏe để đi học, đi làm thực hiện khám cận lâm sàng sau:

Nội dung khám	Họ tên, chữ ký của Bác sỹ
a) Xét nghiệm máu: - Huyết học: tổng phân tích tế bào máu ngoại vi - Sinh hóa máu: Đường máu: Urê: Creatinin: ASAT(GOT): ALAT (GPT):	
2. Xét nghiệm nước tiểu: a) Tổng phân tích nước tiểu (bằng máy tự động) b) Khác (nếu có):	
3. Chẩn đoán hình ảnh (XQ tim phổi thẳng):	
4. Kết quả khám Cận lâm sàng khác ☐ Không ☐ Có (Nếu có, hãy liệt kê kết quả chi tiết):	

2. Khám sức khỏe định kỳ (cận lâm sàng thực hiện theo chỉ định của bác sỹ)

Nội dung khám	Họ tên, chữ ký của Bác sỹ
Cận lâm sàng thực hiện theo chỉ định của bác sỹ Kết quả:	

IV. KẾT LUẬN

- Tình trạng sức khỏe; mắc các bệnh, tật (nếu có):
.....
- Phân loại sức khỏe (theo quy định của Bộ Y tế):

TP.HCM, ngày tháng năm

NGƯỜI KẾT LUẬN

(Ký, ghi rõ họ tên và đóng dấu)