**Mẫu số 02. Giấy chứng nhận sức khỏe**

|  |  |
| --- | --- |
| ẢNH  (2x3 cm) | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM** **Độc lập - Tự do - Hạnh phúc ---------------**    **GIẤY CHỨNG NHẬN SỨC KHỎE**  **(Đối với người điều khiển xe cơ giới)** |

Họ và tên: ……………………………………………………………………………..

Ngày, tháng, năm sinh:.......................................................................................

Nơi thường trú: ……………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………..

Đơn vị: ……………………………………………………………………………….

**I. Tiền sử bệnh lý**

………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………..

**II. Kết quả khám**

1.Thể lực: Chiều cao:………………m;                          Cân nặng: ………..Kg

Vòng ngực trung bình: ……………cm

2. Mắt:

Thị lực:

Mắt phải không kính:……………….. Có kính………………………………..

Mắt trái không kính……………………………Có kính…………………………

Kính loại: ……………………………….. Số: ……………………………………..

Bệnh ở mắt:....................................................................................................

3. Tay, chân:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tay: |  | Phải |
|  | Trái |
| Chân |  | Phải |
|  | Trái |

4. Tai, mũi, họng:

Tai phải nghe nói thường cách…………m, nghe nói thầm cách……..m;

Tai trái nghe nói thường cách…………..m, nghe nói thầm cách……..m;

Bệnh tai: ……………………………………………………………………………

5. Thần kinh:

Động kinh: ………………………… ; Tê liệt: ………………………………

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Phản xạ |  | Tay |
|  | Chân |

Các bệnh khác về thần kinh: ………………………………………………………..

6. Tuần hoàn:

Áp lực động mạch tối đa:……………………….. tối thiểu:…………………….

Bệnh nghẽn tim (angor pertoris):

Bệnh thiểu năng tim:

Bệnh van tim:

Phồng động mạch (anévrismus aortis)

7. Những bệnh khác:

Hô hấp:

Tiêu hóa:

Sinh dục - tiết niệu:

Các bộ phận khác: …………………………………………………………………

**III. Kết luận**

Kết luận rõ có đủ điều kiện sức khỏe để lái xe không? lái được hạng xe nào?

………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………..

Làm tại: …………………………………………………………………………….

|  |  |
| --- | --- |
| **XÁC NHẬN CỦA THỦ TRƯỞNG ĐƠN VỊ** *(Thủ trưởng từ cấp trung đoàn và tương đương trở lên trực tiếp quản lý ký, đóng dấu)* | *…….ngày…tháng….năm….* **BỆNH XÁ TRƯỞNG HOẶC** **CHỦ NHIỆM QUÂN Y** *(Ký, ghi rõ họ tên)* |