

Ảnh  
4 nhân 6

HEALTH CERTIFICATE  
(GIẤY CHỨNG NHẬN SỨC KHOẺ)

FULL NAME (TÊN ĐẦY ĐỦ): .....  
DATE OF BIRTH (NGÀY THÁNG NĂM SINH): ..... SEX (GIỚI TÍNH): .....  
NATIONALITY (QUỐC TỊCH): .....  
ADDRESS (ĐỊA CHỈ): .....

HEALTH PREHISTORY (TIỂU SỬ SỨC KHOẺ)

.....  
.....

GENERAL EXAMINATION (PHẦN KHÁM)

HEIGHT (CAO): ..... WEIGHT (NẶNG): .....  
PULSE (MẠCH): ..... BLOOD PRESSURE (HUYẾT ÁP): .....  
EYES (MẮT):  
- VISUAL ABILITY (THỊ LỰC): NOGLASSES (KHÔNG KÍNH) ..... RIGHT ..... LEFT .....  
WITH GLASSES (CÓ KÍNH) ..... RIGHT ..... LEFT .....  
COLOUR VISION (THỊ LỰC MÀU): .....  
DOCTOR: .....  
EARS (TAI):  
- ORDINARY HEARING (NGHE THÔNG THƯỜNG): .....  
- WHISPER (NGHE NÓI NHỎ): .....  
DOCTOR: .....  
NOSE (MŨI): ..... THROAT (HỌNG): .....  
TONGUE (LƯỖI): ..... TEETH (RĂNG): .....  
DOCTOR: .....  
SKIN DISEASE (BỆNH NGOÀI DA): .....  
DOCTOR: .....  
MOVEMENT SYSTEM (HỆ VẬN ĐỘNG): .....  
- ACHILLES TENDON REFLEX (PHẢN XẠ GÂN CỐT): .....  
- SKELETON (XƯƠNG): .....  
+ SKULL (SỌ NÃO): ..... VERTEBRAL COLUMN (CỘT SỐNG): .....  
+ ARMS (TAY): ..... LEGS (CHÂN): .....

RESPIRATORY SYSTEM (HỆ HÔ HẤP): .....  
DIGESTIVE SYSTEM (HỆ TIÊU HOÁ): .....  
NERVOUS SYSTEM (HỆ THẦN KINH): .....  
PSYCHIA TRIC STATUS (TÌNH TRẠNG THẦN KINH): .....  
UROGENITAL SYSTEM (HỆ NIỆU SINH DỤC): .....  
LYMPHATIC SYSTEM (HỆ BẠCH TUYẾT): .....  
DOCTOR: .....  
CARDIO - VASCULAR SYSTEM (HỆ TIM MẠCH): .....  
- AUSCULTATION (NGHE TIM): .....VARIX (BỆNH GIẼN T/M): .....  
- ELECTROCARDIOGRAM (ĐIỆN TÂM ĐỒ): .....  
DOCTOR: .....

**OF TESTS (MỘT SỐ CÁC XÉT NGHIỆM)**

X RAY EXAMINATION (ĐIỆN QUANG): .....  
BLOOD ANALYSES (CÁC XÉT NGHIỆM MÁU): .....  
- HEMOGLOBIN (HUYẾT SẮC TỎI): .....  
- BLOOD GROUP (NHÓM MÁU): .....ERYTHROCYTE (HỒNG CẦU): .....  
- LEUKOCYTE (BẠCH CẦU): .....  
- LEUKOCYTE FORMULA (CÔNG THỨC BẠCH CẦU): .....N.....L.....  
URINE ANALYSES (CÁC XÉT NGHIỆM NƯỚC TIỂU): .....  
ALBUMIN (ALBUMIN): .....GLUCOSE (ĐƯỜNG): .....  
DOCTOR: .....  
- LIVER INFLAMMATION (HBS AG): .....DOCTOR: .....  
HIV: .....DOCTOR: .....  
Giang mai(Syphilis test): .....DOCTOR: .....  
LIVER INFLMMATION: .....GOT: .....GPT: .....DOCTOR.: .....

**CONCLUSION (KẾT LUẬN)**

.....  
I THE UNDERSIGNED CERTIFY THAT MR (MRS): .....  
IS IN GOOD HEALTH AND FIT FOR WORKING ABROAD: .....  
(Tôi, người ký dưới đây xác nhận ông (bà) .....  
khả năng sức khoẻ tốt đủ để làm việc).

....., ngày ..... tháng ..... năm .....  
**DIRECT OF THE HOSPITAL**  
**GIÁM ĐỐC BỆNH VIỆN**

NAME (TÊN) .....

**PHIẾU XÉT NGHIỆM**  
Đi: NHTE

Họ tên:  
Địa chỉ:

Năm sinh:  
Giới tính:

| STT | Tên xét nghiệm       | Bệnh phẩm | Kết quả |
|-----|----------------------|-----------|---------|
| 1   | TPT máu              | Máu       |         |
| 2   | Nhóm máu ABO         | Máu       |         |
| 3   | HBsAg                | Máu       |         |
| 4   | HIV                  | Máu       |         |
| 5   | KST sốt rét          | Máu       |         |
| 6   | GOT                  | Máu       |         |
| 7   | GPT                  | Máu       |         |
| 8   | Tubeculin Test nhanh | máu       |         |
| 9   | HCV                  | Máu       |         |
| 10  | GLUCOSE              | Máu       |         |
| 11  | ure                  | Máu       |         |
| 12  | Creatinin            | máu       |         |
| 13  | Morphin              | Nước tiểu |         |
| 14  | albumine             | Nước tiểu |         |
| 15  | sugar                | Nước tiểu |         |
| 16  | TPHA                 | Máu       |         |

Ngày ..... tháng .....năm .....  
BÁC SĨ ĐIỀU TRỊ

Ngày ..... tháng .....năm .....  
KHOA XÉT NGHIỆM

**PHIẾU ĐIỆN TIM**  
Đi: NHTE

Họ tên:  
Địa chỉ:

Năm sinh:  
Giới tính:

**KẾT QUẢ**

Ngày ..... tháng .....năm .....  
**Bác sỹ thường trực**

Ngày ..... tháng .....năm .....  
**Bác sỹ chuyên khoa**