PHỤ LỤC II
MẪU GIẤY KHÁM SỨC KHỎE CỦA NGƯỜI LÁI XE, NGƯỜI ĐIỀU KHIỂN XE MÁY CHUYÊN DÙNG
(Ban hành kèm theo Thông tư số 36/2024/TT-BYT ngày 16 tháng 11 năm 2024 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

CƠ QUAN CHỦ QUẢN **TÊN CƠ QUAN, ĐƠN VỊ** Số: ...(1)..../GKSKLX/Mã Cơ sở khám chữa bệnh/Năm	**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM** **Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**

MẪU GIẤY KHÁM SỨC KHỎE CỦA NGƯỜI LÁI XE, NGƯỜI ĐIỀU KHIỂN XE MÁY CHUYÊN DÙNG

Ảnh (4x6 cm) đóng dấu giáp lai hoặc Scan ảnh (ảnh được chụp trên nền trắng trong thờigian không quá 06 (sáu) tháng tính đến ngày nộp hồ sơ khám sức khỏe)	1. Họ và tên *(viết chữ in hoa):*…… 2. Giới tính: Nam □ Nữ □ 3. Ngày tháng năm sinh: (Tuổi:…….) 4. Số CCCD /CC/Hộ chiếu/Định danh công dân:……..(2)… 5. Cấp ngày…../……/……Tại…… 6. Chỗ ở hiện tại:…… 7. Đề nghị khám sức khỏe để lái xe hạng:……(3)…… …… ……

** Lưu ý: Trường hợp đối tượng KSK có CCCD/CC gắn chip hoặc có số định danh công dân đã thực hiện kết nối với cơ sở dữ liệu quốc gia về dân cư không cần ghi mục 2, mục 5, mục 6*

I. 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, bệnh sử bản thân: Ông (bà) đã/đang mắc bệnh, tình trạng bệnh nào sau đây không *(Bác sỹ hỏi bệnh và đánh dấu X vào ô tương ứng)*

	Có/Không				Có/Không	
Có bệnh hay bị thương trong 5 năm qua				Đái tháo đường hoặc kiểm soát tăng đường huyết		
Có bệnh thần kinh hay bị thương ở đầu				Bệnh tâm thần		
Bệnh mắt hoặc giảm thị lực (trừ trường hợp đeo kính thuốc)				Mất ý thức, rối loạn ý thức		
Bệnh ở tai, giảm sức nghe hoặc thăng bằng				Ngất, chóng mặt, mệt mỏi, buồn ngủ hoặc ngất xỉu		
Bệnh ở tim, hoặc nhồi máu cơ tim, các bệnh tim mạch khác				Bệnh tiêu hóa		
Phẫu thuật can thiệp tim - mạch (thay van, bắc cầu nối, tạo hình mạch, máy tạo nhịp, đặt stent mạch, ghép tim)				Rối loạn giấc ngủ, ngừng thở khi ngủ, ngủ rũ ban ngày, ngáy to		
Tăng huyết áp				Tai biến mạch máu não hoặc liệt		
Khó thở				Bệnh hoặc tổn thương cột sống		
Bệnh phổi, hen, khí phế thũng, viêm phế quản mạn tính				Sử dụng rượu thường xuyên, liên tục		
Bệnh thận, lọc máu				Sử dụng ma túy và chất gây nghiện		

Nếu "có", đề nghị ghi cụ thể tên bệnh:……

……

3. Câu hỏi khác (nếu có):

Ông (bà) có đang điều trị bệnh gì không? Nếu có, hãy liệt kê các thuốc đang dùng và liều lượng:……

Tôi xin cam đoan những điều khai trên đây hoàn toàn đúng với sự thật. Nếu sai tôi xin chịu trách nhiệm trước pháp luật.

……ngày……tháng…….năm… … …
Người đề nghị khám sức khỏe
(Ký và ghi rõ họ, tên)

II. KHÁM LÂM SÀNG

Nội dung khám	**Họ tên, chữ ký của Bác sỹ**
1. Tâm thần:	

……..…… …… Kết luận……	……..
2. Thần kinh: …… …… Kết luận……	……
3. Mắt: - Thị lực nhìn xa từng mắt: + Không kính: Mắt phải: .....Mắt trái: ..... + Có kính: Mắt phải: .....Mắt trái: ..... - Thị lực nhìn xa hai mắt: Không kính Có kính..... - Thị trường:	

Thị trường ngang hai mắt (chiều mũi - thái dương)		Thị trường đứng (chiều trên-dưới)	
Bình thường	Hạn chế	Bình thường	Hạn chế

- Sắc giác + Bình thường □ + Mù màu toàn bộ □ Mù màu: - Đỏ □ - Xanh lá cây □ - vàng □ Các bệnh về mắt (nếu có): …… …… Kết luận.....	……
4. Tai-Mũi-Họng - Kết quả khám thính lực (có thể sử dụng máy trợ thính) + Tai trái: Nói thường:…….m; Nói thầm:……m + Tai phải: Nói thường:……..m; Nói thầm:……m - Các bệnh về tai mũi họng (nếu có): …… …… Kết luận……	……
5. Tim mạch: + Mạch: ……lần/phút; + Huyết áp:/.....mmHg …… …… Kết luận……	
6. Hô hấp: …… …… Kết luận.....	……
7. Cơ Xương Khớp: ……	

…… Kết luận..... 8. Nội tiết: …… …… Kết luận……	……. ……

III. KHÁM CẬN LÂM SÀNG

Nội dung khám	Họ tên, chữ ký của Bác sỹ/Trưởng bộ phận
1. Xét nghiệm ma túy (Xét nghiệm sàng lọc và định tính các loại ma túy theo quy định của Bộ Y tế: Amphetamin, Marijuana, Morphin, Codein, Heroin) Kết quả: …… ……..	
2. Các xét nghiệm chỉ thực hiện khi có chỉ định của bác sỹ khám sức khỏe: Xét nghiệm nồng độ cồn trong máu hoặc hơi thở/huyết học/sinh hóa/X.quang và các xét nghiệm khác (điện não đồ, điện tim...) a) Kết quả: ……	
b) Kết luận: ……	

IV. KẾT LUẬN (4)

……

……

……

(Giấy khám sức khỏe này có giá trị sử dụng trong vòng 12 tháng kể từ ngày ký kết luận)

... ..., ngày... ....tháng .....năm... .....

NGƯỜI KẾT LUẬN

(Ký, ghi rõ họ, tên và đóng dấu)

HƯỚNG DẪN CÁCH GHI ĐỐI VỚI MẪU GIẤY KHÁM SỨC KHỎE, SỔ KHÁM SỨC KHỎE ĐỊNH KỲ

1. Hướng dẫn ghi đối với mẫu giấy khám sức khỏe của người lái xe, người điều khiển xe máy chuyên dùng

(1) Số: ……/GKSKLX/Mã Cơ sở khám chữa bệnh/Năm: Ghi số giấy khám theo quy tắc 5 (năm) số thứ tự tăng dần/GKSKLX/Mã CSKCB/Năm XX (VD: 00001/GKSKLX/34001/24).

(2) Số CCCD/CC/Hộ chiếu/Định danh công dân: Ghi số Chứng minh nhân dân hoặc Căn cước công dân hoặc Căn cước hoặc Hộ chiếu hoặc số Định danh công dân.

(3) Đề nghị khám sức khỏe để lái xe hạng: Ghi rõ hạng giấy phép lái xe đề nghị và ghi rõ cấp đổi hoặc cấp mới hoặc cấp lại.

(4) Kết luận: Ghi rõ kết luận về tình trạng sức khỏe để lái xe theo một trong các trường hợp sau:

+ Đủ điều kiện sức khỏe lái xe/điều khiển xe máy chuyên dùng hạng (ghi rõ hạng giấy phép lái xe).

+ Không đủ điều kiện sức khỏe lái xe/điều khiển xe máy chuyên dùng hạng (ghi rõ hạng giấy phép lái xe).

+ Đạt tiêu chuẩn sức khỏe lái xe/điều khiển xe máy chuyên dùng hạng (ghi rõ hạng giấy phép lái xe) nhưng yêu cầu khám lại (ghi cụ thể thời gian khám lại).

+ Đủ điều kiện sức khỏe lái xe hạng A1 đối với người khuyết tật điều khiển xe mô tô ba bánh dùng cho người khuyết tật.

+ Đủ điều kiện sức khỏe lái xe hạng B đối với người khuyết tật điều khiển xe ô tô số tự động có kết cấu phù hợp với tình trạng khuyết tật.

2. Hướng dẫn ghi đối với mẫu sổ khám sức khỏe định kỳ của người lái xe ô tô ban hành kèm theo Thông tư liên tịch số 24/2015/TTLT-BYT-BGTVT

(1) Sau mục 9 Phần I. Khám lâm sàng: Ghi bổ sung

+ Mục 10: khám Răng - Hàm - Mặt;

+ Mục 11: khám Da liễu, Ngoại khoa.

(2) Phần III. Kết luận:

+ Ghi theo hướng dẫn tại phần (4) Kết luận tại Phụ lục II ban hành kèm theo Thông tư này.

+ Bổ sung mục "Phân loại sức khoẻ"