

GIẤY CHỨNG NHẬN SỨC KHỎE TRẺ

(Khám tại trạm y tế phường hoặc TTYT dự phòng)

Họ & Tên trẻ:									
Ngày/ tháng/ năm sinh:						- Con thứ:			
Lúc sinh:		- Cân nặng:		kg		- Chiều cao:		cm	
		- Vòng đầu:		cm		- Vòng ngực:		cm	
Dinh dưỡng:		- Bú sữa mẹ: ☐				- Bú sữa bò: ☐			
		- Tuổi bắt đầu ăn dặm:							
		- Chế độ ăn hiện tại:							
Các bệnh đã mắc trước đây:									
Các bệnh di truyền và dị dạng:									
Tiền sử mẹ bị bệnh trong lúc mang thai:									
- Lúc sinh:									
Tiền sử gia đình:									
KHÁM ĐƯỢC:		Cân nặng:		kg		Chiều cao:		cm	
		Vòng đầu:		cm		Vòng ngực:		cm	
Da niêm mạc:		Xanh: ☐		Tím: ☐		Vàng da: ☐			
Đường hô hấp:									
Hệ tim mạch:		Nhịp tim:				Khó thở: ☐			
Hệ tiêu hóa:		Gan: ☐		Lách: ☐					
T.M.H:									
Mắt:									
RHM:									
Sinh dục tiết niệu:									
Hệ tạo máu:									
Hệ cơ bắp:				Suy dinh		☐		Béo phì: ☐	
Hệ xương khớp:				Còi xương:		☐		Dư cân: ☐	
Thần kinh tâm thần:				Lần :		1		2 3	
Đã chủng ngừa:		BCG ☐		DTC:		☐		☐ ☐ Vacin khác:	
		IDR ☐		Bại liệt:		☐		☐ ☐	
NHÂN XÉT VỀ:		1/ Tăng trưởng thể chất:							
		2/ Phát triển:				Vận động:			
						Tâm lý:			
		3/ Bệnh tật cần theo dõi:							
KẾT LUẬN: (đủ sức khỏe vào trường):									
ĐỀ NGHỊ:		- Chế độ chăm sóc:							
		- Chế độ dinh dưỡng:							
Ngày.....Tháng.....Năm <u>BÁC SỸ KÝ TÊN</u>									
Họ & tên: Chức vụ: Đơn vị y tế:									