

GIẤY CHỨNG NHẬN SỨC KHỎE TRẺ

(Khám tại Phòng chăm sóc sức khỏe trẻ em Quận, Huyện, Phòng khám khu vực)

Họ, tên trẻ:

Ngày tháng năm sinh: Con thứ:

Lúc sinh: - Cân nặng: kg - Chiều cao: cm

- Vòng đầu: kg - Vòng ngực: cm

Dinh dưỡng: - Sữa mẹ: ☐ Sữa bò: ☐ Loại khác: ☐

- 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 bệnh trong lúc mang thai:

Lúc sanh:

Tiền sử gia đình:

KHÁM ĐƯỢC: - Cân nặng: kg - Chiều cao: cm

- Vòng đầu: kg - 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: ☐

Tai mũi họng:

Mắt:

Răng hàm mặt:

Sinh dục, tiết niệu:

Hệ tạo máu:

Hệ cơ bắp: Suy dinh dưỡng: ☐ Béo phì: ☐

Hệ xương khớp: Còi xương: ☐ Dư cân: ☐

Thần kinh tâm thần: Lần 1 2 3

Đã chủng ngừa: BCG: DTC ☐ ☐ ☐ Vaccin khác

IDR: Bại liệt ☐ ☐ ☐

NHẬN 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

BÁC SĨ KÝ TÊN

Họ tên:

Chức vụ:

Đơn vị y tế: