

MẪU 01. SỔ THEO DÕI SỨC KHỎE HỌC SINH

(Ban hành kèm theo Thông tư liên tịch số 10/2016/TTLT-BYT-BGDĐT ngày 14 tháng 5 năm 2016 quy định công tác y tế trường học của Bộ trưởng Bộ Y tế và Bộ trưởng Bộ Giáo dục và Đào tạo)

Bìa sổ

CỘNG HOÀ XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

SỔ
THEO DÕI SỨC KHỎE HỌC SINH

Họ và tên (chữ in hoa) Nam ☐ Nữ ☐

Ngày tháng năm sinh:/...../.....

Trường

Xã/phường/huyện/quận

Tỉnh/thành phố

Dành cho học sinh cỡ sổ giáo dục mầm non
(3 tháng tuổi đến < 6 tuổi)

(Sổ này được sử dụng trong suốt cấp học, khi học sinh chuyển trường phải mang theo để tiếp tục được theo dõi sức khỏe)

(Trang này sẽ được in vào mặt sau trang bìa)

PHẦN I- THÔNG TIN CHUNG

(Phần này do cha, mẹ học sinh tự điền)

1. Họ và tên học sinh (chữ in hoa) Nam ☐ Nữ ☐

2. Ngày tháng năm sinh:/...../.....

3. Họ và tên bố hoặc người giám hộ:.....

Nghề nghiệp.....Số điện thoại liên lạc

Chỗ ở hiện tại:.....

4. Họ và tên mẹ hoặc người giám hộ:.....

Nghề nghiệp.....Số điện thoại liên lạc

Chỗ ở hiện tại:.....

5. Con thứ mấy:.....Tổng số con trong gia đình:.....

6. Tiền sử sức khỏe bản thân:

a) Sản khoa:

- Bình thường ☐

- Không bình thường:Đẻ thiếu tháng ☐ Đẻ thừa tháng ☐ Đẻ có can thiệp ☐ Đẻ ngạt ☐

- Mẹ bị bệnh trong thời kỳ mang thai (nếu có cần ghi rõ tên bệnh:

b) Tiền sử bệnh/tật:Hen ☐ Động kinh ☐ Dị ứng ☐ Tim bẩm sinh ☐

c) Tiêm chủng:

STT	Loại vắc xin	Tình trạng tiêm/uống vắc xin		
		Có	Không	Không nhớ rõ
1	BCG			
2	Bạch hầu, ho gà, uốn ván			
	Mũi 1			
	Mũi 2			
	Mũi 3			
3	Bại liệt			
	Mũi 1			
	Mũi 2			
	Mũi 3			
4	Viêm gan B			
	Sơ sinh			
	Mũi 1			
	Mũi 2			
	Mũi 3			
5	Sởi			
6	Viêm não Nhật Bản B			
	Mũi 1			
	Mũi 2			
	Mũi 3			
7			

d) Hiện tại có đang điều trị bệnh gì không? Nếu có, ghi rõ tên bệnh và liệt kê các thuốc đang dùng:.....

7. Thay đổi địa chỉ chỗ ở hoặc số điện thoại (nếu có).....

TRƯỜNG:.....
HỌ TÊN HỌC SINH:.....

(Phần này dành cho học sinh < 24 tháng tuổi)

PHẦN 2- THEO DÕI SỨC KHỎE

(Do nhân viên y tế trường học thực hiện)

1. Theo dõi về thể lực (mỗi tháng/lần)

LỚP NĂM HỌC

Tháng...../..... Nhân viên y tế trường học (NVYTTH) ký, ghi rõ họ tên	Chiều cao:.....m; Cân nặng:..... kg;	Tháng...../..... NVYTTH ký, ghi rõ họ tên	Chiều cao:.....m; Cân nặng:..... kg;
Tháng...../..... NVYTTH ký, ghi rõ họ tên	Chiều cao:.....m; Cân nặng:..... kg;	Tháng...../..... NVYTTH ký, ghi rõ họ tên	Chiều cao:.....m; Cân nặng:..... kg;
Tháng...../..... NVYTTH ký, ghi rõ họ tên	Chiều cao:.....m; Cân nặng:..... kg;	Tháng...../..... NVYTTH ký, ghi rõ họ tên	Chiều cao:.....m; Cân nặng:..... kg;
Tháng...../..... NVYTTH ký, ghi rõ họ tên	Chiều cao:.....m; Cân nặng:..... kg;	Tháng...../..... NVYTTH ký, ghi rõ họ tên	Chiều cao:.....m; Cân nặng:..... kg;
Tháng...../..... NVYTTH ký, ghi rõ họ tên	Chiều cao:.....m; Cân nặng:..... kg;	Tháng...../..... NVYTTH ký, ghi rõ họ tên	Chiều cao:.....m; Cân nặng:..... kg;
Tháng...../..... NVYTTH ký, ghi rõ họ tên	Chiều cao:.....m; Cân nặng:..... kg;	Tháng...../..... NVYTTH ký, ghi rõ họ tên	Chiều cao:.....m; Cân nặng:..... kg;
Tháng...../..... NVYTTH ký, ghi rõ họ tên	Chiều cao:.....m; Cân nặng:..... kg;	Tháng...../..... NVYTTH ký, ghi rõ họ tên	Chiều cao:.....m; Cân nặng:..... kg;
Tháng...../..... NVYTTH ký, ghi rõ họ tên	Chiều cao:.....m; Cân nặng:..... kg;	Tháng...../..... NVYTTH ký, ghi rõ họ tên	Chiều cao:.....m; Cân nặng:..... kg;
Tháng...../..... NVYTTH ký, ghi rõ họ tên	Chiều cao:.....m; Cân nặng:..... kg;	Tháng...../..... NVYTTH ký, ghi rõ họ tên	Chiều cao:.....m; Cân nặng:..... kg;
Đánh giá tình trạng DD: -Bình thường <input type="checkbox"/> -Suy DD <input type="checkbox"/> -Thừa cân béo phì <input type="checkbox"/>		Đánh giá tình trạng DD: -Bình thường <input type="checkbox"/> -Suy DD <input type="checkbox"/> -Thừa cân béo phì <input type="checkbox"/>	

TRƯỜNG:.....

HỌ TÊN HỌC SINH

(Phần này dành cho học sinh ≥ 24 tháng tuổi đến <36 tháng tuổi)

PHẦN 2- THEO DÕI SỨC KHỎE

(Do nhân viên y tế trường học thực hiện)

1. Theo dõi về thể lực (Lần I- đầu năm học, Lần II- giữa năm học, Lần III - cuối năm học)

LỚP

NĂM HỌC

<p>Lần I</p> <p><i>Nhân viên y tế trường học</i></p> <p><i>(NVYTTH) ký, ghi rõ họ tên</i></p>	<p>Thể lực:</p> <p>- Chiều cao:.....m;</p> <p>- Cân nặng:..... kg;</p> <p>Tình trạng dinh dưỡng:</p> <p>- Bình thường <input type="checkbox"/></p> <p>- Suy DD <input type="checkbox"/></p> <p>- Thừa cân béo phì <input type="checkbox"/></p>
<p>Lần II</p> <p><i>NVYTTH ký, ghi rõ họ tên</i></p>	<p>Thể lực:</p> <p>- Chiều cao:.....m;</p> <p>- Cân nặng:..... kg;</p> <p>Tình trạng dinh dưỡng:</p> <p>- Bình thường <input type="checkbox"/></p> <p>- Suy DD <input type="checkbox"/></p> <p>- Thừa cân béo phì <input type="checkbox"/></p>
<p>Lần III</p> <p><i>NVYTTH ký, ghi rõ họ tên</i></p>	<p>Thể lực:</p> <p>- Chiều cao:.....m;</p> <p>- Cân nặng:..... kg;</p> <p>Tình trạng dinh dưỡng:</p> <p>- Bình thường <input type="checkbox"/></p> <p>- Suy DD <input type="checkbox"/></p> <p>- Thừa cân béo phì <input type="checkbox"/></p>

TRƯỜNG:.....

HỌ TÊN HỌC SINH.....

(Phần này dành cho học sinh ≥ 36 tháng tuổi đến < 6 tuổi)

PHẦN 2- THEO DÕI SỨC KHỎE

(Do nhân viên y tế trường học thực hiện)

1. Theo dõi về thể lực (Lần I- đầu năm học, Lần II- giữa năm học, Lần III - cuối năm học)

LỚP..... NĂM HỌC.....

Lần I NVYTTH ký, ghi rõ họ tên	Thể lực: - Chiều cao:.....m; - Cân nặng:..... kg; Tình trạng dinh dưỡng: - Bình thường <input type="checkbox"/> - Suy DD <input type="checkbox"/> - Thừa cân béo phì <input type="checkbox"/> Huyết áp: Tâm trương...../mgHg Tâm thu...../mgHg Nhịp tim:lần/phút Thị lực: Không kính: Mắt phải:...../10 Mắt trái:/10 Có kính: Mắt phải:...../10 Mắt trái:/10
Lần II NVYTTH ký, ghi rõ họ tên	Thể lực: - Chiều cao:.....m; - Cân nặng:..... kg; Tình trạng dinh dưỡng: - Bình thường <input type="checkbox"/> - Suy DD <input type="checkbox"/> - Thừa cân béo phì <input type="checkbox"/>
Lần III NVYTTH ký, ghi rõ họ tên	Thể lực: - Chiều cao:.....m; - Cân nặng:..... kg; Tình trạng dinh dưỡng: - Bình thường <input type="checkbox"/> - Suy DD <input type="checkbox"/> - Thừa cân béo phì <input type="checkbox"/>

LỚP..... NĂM HỌC.....

Lần I NVYTTH ký, ghi rõ họ tên	Thể lực: - Chiều cao:.....m; - Cân nặng:..... kg; Tình trạng dinh dưỡng: - Bình thường <input type="checkbox"/> - Suy DD <input type="checkbox"/> - Thừa cân béo phì <input type="checkbox"/> Huyết áp: Tâm trương...../mgHg Tâm thu...../mgHg Nhịp tim:lần/phút Thị lực: Không kính: Mắt phải:...../10 Mắt trái:/10 Có kính: Mắt phải:...../10 Mắt trái:/10
-----------------------------------	---



Lần II <i>NVYTTH ký, ghi rõ họ tên</i>	Thể lực: - Chiều cao:.....m; - Cân nặng:..... kg; Tình trạng dinh dưỡng: - Bình thường <input type="checkbox"/> - Suy DD <input type="checkbox"/> - Thừa cân béo phì <input type="checkbox"/>
Lần III <i>NVYTTH ký, ghi rõ họ tên</i>	Thể lực: - Chiều cao:.....m; - Cân nặng:..... kg; Tình trạng dinh dưỡng: - Bình thường <input type="checkbox"/> - Suy DD <input type="checkbox"/> - Thừa cân béo phì <input type="checkbox"/>

LỚP **NĂM HỌC**

Lần I <i>NVYTTH ký, ghi rõ họ tên</i>	Thể lực: - Chiều cao:.....m; - Cân nặng:..... kg; Tình trạng dinh dưỡng: - Bình thường <input type="checkbox"/> - Suy DD <input type="checkbox"/> - Thừa cân béo phì <input type="checkbox"/> Huyết áp: Tâm trương...../mgHg Tâm thu...../mgHg Nhịp tim:lần/phút Thị lực: Không kính: Mắt phải:...../10 Mắt trái:/10 Có kính: Mắt phải:...../10 Mắt trái:/10
Lần II <i>NVYTTH ký, ghi rõ họ tên</i>	Thể lực: - Chiều cao:.....m; - Cân nặng:..... kg; Tình trạng dinh dưỡng: - Bình thường <input type="checkbox"/> - Suy DD <input type="checkbox"/> - Thừa cân béo phì <input type="checkbox"/>
Lần III <i>NVYTTH ký, ghi rõ họ tên</i>	Thể lực: - Chiều cao:.....m; - Cân nặng:..... kg; Tình trạng dinh dưỡng: - Bình thường <input type="checkbox"/> - Suy DD <input type="checkbox"/> - Thừa cân béo phì <input type="checkbox"/>

PHẦN 3- KHÁM SỨC KHỎE THEO CHUYÊN KHOA

(Do y, bác sĩ ghi chép khi khám chuyên khoa)

<p>Thời gian khám:</p> <p>Y, bác sĩ khám (ký và ghi rõ họ tên)</p>	<p>Nhi khoa</p> <p>a) Tuần hoàn.....</p> <p>b) Hô hấp:</p> <p>c) Tiêu hóa.....</p> <p>d) Thận-Tiết niệu.....</p> <p>đ) Thần kinh-Tâm thần.....</p> <p>e) Khám lâm sàng khác.....</p>
<p>Thời gian khám:</p> <p>Y, bác sĩ khám (ký và ghi rõ họ tên)</p>	<p>Mắt</p> <p>a) Kết quả khám thị lực:</p> <p>- Không kính: Mắt phải:...../10 Mắt trái:/10</p> <p>- Có kính: Mắt phải:...../10 Mắt trái:/10</p> <p>b) Các bệnh về mắt (nếu có)</p>
<p>Thời gian khám:</p> <p>Y, bác sĩ khám (ký và ghi rõ họ tên)</p>	<p>Tai-Mũi- Họng</p> <p>a) Kết quả khám thính lực:</p> <p>- Tai trái: Nói thường:.....m; Nói thầm:.....m</p> <p>- Tai phải: Nói thường:.....m; Nói thầm:.....m</p> <p>b) Các bệnh về Tai-Mũi-Họng (nếu có)</p>
<p>Thời gian khám:</p> <p>Y, bác sĩ khám (ký và ghi rõ họ tên)</p>	<p>Răng - Hàm - Mặt</p> <p>a) Kết quả khám:</p> <p>- Hàm trên.....</p> <p>- Hàm dưới.....</p> <p>b) Các bệnh về Răng-Hàm-Mặt (nếu có)</p>
<p>Thời gian khám:</p> <p>Y, bác sĩ khám (ký và ghi rõ họ tên)</p>	<p>Cơ xương khớp</p> <p>a) Kết quả khám</p> <p>- Bình thường <input type="checkbox"/></p> <p>- Cong cột sống: Gù <input type="checkbox"/> ưỡn <input type="checkbox"/></p> <p>- Vẹo cột sống: Hình chữ S <input type="checkbox"/> Hình chữ C <input type="checkbox"/></p> <p>b) Các bệnh cơ xương khớp khác (nếu có)</p>

Phụ lục 01

MẪU 01. SỔ THEO DÕI SỨC KHỎE HỌC SINH

(Ban hành kèm theo Thông tư liên tịch số 43/2016/TTLT-BYT-BGDDT ngày 12 tháng 5 năm 2016 quy định công tác y tế trường học của Bộ trưởng Bộ Y tế và Bộ trưởng Bộ Giáo dục và Đào tạo)

Bìa sổ

CỘNG HOÀ XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

**SỔ
THEO DÕI SỨC KHỎE HỌC SINH**

Họ và tên (chữ in hoa) Nam ☐ Nữ ☐

Ngày tháng năm sinh:/...../.....

Trường.....

Xã/phường/huyện/quận.....

Tỉnh/thành phố.....

Dành cho học sinh từ lớp 1 đến lớp 5

(Sổ này được sử dụng trong suốt cấp học, khi học sinh chuyển trường phải mang theo để tiếp tục được theo dõi sức khỏe)

(Trang này sẽ được in vào mặt sau trang bìa)

PHẦN I- THÔNG TIN CHUNG

(Phần này do cha, mẹ học sinh tự điền)

1. Họ và tên học sinh (chữ in hoa) Nam ☐ Nữ ☐

2. Ngày tháng năm sinh:/...../.....

3. Họ và tên bố hoặc người giám hộ:.....

Nghề nghiệp..... Số điện thoại liên lạc.....

Chỗ ở hiện tại:.....

4. Họ và tên mẹ hoặc người giám hộ:.....

Nghề nghiệp..... Số điện thoại liên lạc.....

Chỗ ở hiện tại:.....

5. Con thứ mấy:..... Tổng số con trong gia đình:.....

6. Tiền sử sức khỏe bản thân:.....

a) Sản khoa:

- Bình thường ☐

- Không bình thường: Đẻ thiếu tháng ☐ Đẻ thừa tháng ☐ Đẻ có can thiệp ☐ Đẻ ngạt ☐

- Mẹ bị bệnh trong thời kỳ mang thai (nếu có cần ghi rõ tên bệnh:

b) Tiền sử bệnh/tật: Hen ☐ Động kinh ☐ Dị ứng ☐ Tim bẩm sinh ☐

c) Tiêm chủng:

STT	Loại vắc xin	Tình trạng tiêm/uống vắc xin		
		Có	Không	Không nhớ rõ
1	BCG			
2	Bạch hầu, ho gà, uốn ván			
	Mũi 1			
	Mũi 2			
	Mũi 3			
3	Bại liệt			
	Mũi 1			
	Mũi 2			
	Mũi 3			
4	Viêm gan B			
	Sơ sinh			
	Mũi 1			
	Mũi 2			
	Mũi 3			
5	Sởi			
6	Viêm não Nhật Bản B			
	Mũi 1			
	Mũi 2			
	Mũi 3			
7			

d) Hiện tại có đang điều trị bệnh gì không? Nếu có, ghi rõ tên bệnh và liệt kê các thuốc đang dùng:.....

7. Thay đổi địa chỉ chỗ ở hoặc số điện thoại (nếu có).....

TRƯỜNG:.....
HỌ TÊN HỌC SINH.....

PHẦN 2- THEO DÕI SỨC KHỎE
(Do nhân viên y tế trường học thực hiện)

1. Theo dõi về thể lực, huyết áp, nhịp tim, thị lực (Lần 1-đầu năm học, Lần 2- đầu học kỳ II)
LỚP 1..... NĂM HỌC.....

Lần I <i>Nhân viên y tế trường học (NVYTTH) ký, ghi rõ họ tên</i>	Thể lực: Chiều cao:.....m; Cân nặng:..... kg; Chỉ số BMI:(kg/m ²) Huyết áp: Tâm trương...../mgHg Tâm thu...../mgHg Nhịp tim:lần/phút Thị lực: Không kính: Mắt phải:...../10 Mắt trái:/10 Có kính: Mắt phải:...../10 Mắt trái:/10
Lần II <i>NVYTTH ký, ghi rõ họ tên</i>	Thể lực: Chiều cao:.....m; Cân nặng:..... kg; Chỉ số BMI:(kg/m ²)

LỚP 2..... NĂM HỌC.....

Lần I <i>NVYTTH ký, ghi rõ họ tên</i>	Thể lực: Chiều cao:.....m; Cân nặng:..... kg; Chỉ số BMI:(kg/m ²) Huyết áp: Tâm trương...../mgHg Tâm thu...../mgHg Nhịp tim:lần/phút Thị lực: Không kính: Mắt phải:...../10 Mắt trái:/10 Có kính: Mắt phải:...../10 Mắt trái:/10
Lần II <i>NVYTTH ký, ghi rõ họ tên</i>	Thể lực: Chiều cao:.....m; Cân nặng:..... kg; Chỉ số BMI:(kg/m ²)

LỚP 3..... NĂM HỌC.....

Lần I <i>NVYTTH ký, ghi rõ họ tên</i>	Thể lực: Chiều cao:.....m; Cân nặng:..... kg; Chỉ số BMI:(kg/m ²) Huyết áp: Tâm trương...../mgHg Tâm thu...../mgHg Nhịp tim:lần/phút Thị lực: Không kính: Mắt phải:...../10 Mắt trái:/10 Có kính: Mắt phải:...../10 Mắt trái:/10
Lần II <i>NVYTTH ký, ghi rõ họ tên</i>	Thể lực: Chiều cao:.....m; Cân nặng:..... kg; Chỉ số BMI:(kg/m ²)

LỚP 4..... NĂM HỌC.....

Lần I <i>NVYTTH ký, ghi rõ họ tên</i>	Thể lực: Chiều cao:.....m; Cân nặng:..... kg; Chỉ số BMI:(kg/m ²) Huyết áp: Tâm trương...../mgHg Tâm thu...../mgHg Nhịp tim:lần/phút Thị lực: Không kính: Mắt phải:...../10 Mắt trái:/10 Có kính: Mắt phải:...../10 Mắt trái:/10
Lần II <i>NVYTTH ký, ghi rõ họ tên</i>	Thể lực: Chiều cao:.....m; Cân nặng:..... kg; Chỉ số BMI:(kg/m ²)

LỚP 5..... NĂM HỌC.....

Lần I <i>NVYTTH ký, ghi rõ họ tên</i>	Thể lực: Chiều cao:.....m; Cân nặng:..... kg; Chỉ số BMI:(kg/m ²) Huyết áp: Tâm trương...../mgHg Tâm thu...../mgHg Nhịp tim:lần/phút Thị lực: Không kính: Mắt phải:...../10 Mắt trái:/10 Có kính: Mắt phải:...../10 Mắt trái:/10
Lần II <i>NVYTTH ký, ghi rõ họ tên</i>	Thể lực: Chiều cao:.....m; Cân nặng:..... kg; Chỉ số BMI:(kg/m ²)

PHẦN 3- KHÁM SỨC KHỎE THEO CHUYÊN KHOA

(Do y, bác sĩ ghi chép khi khám chuyên khoa)

<p>Thời gian khám:/...../..... Y, bác sĩ khám (ký và ghi rõ họ tên)</p>	<p>Nhi khoa a) Tuần hoàn..... b) Hô hấp:..... c) Tiêu hóa..... d) Thận-Tiết niệu..... đ) Thần kinh-Tâm thần..... e) Khám lâm sàng khác.....</p>
<p>Thời gian khám:/...../..... Y, bác sĩ khám (ký và ghi rõ họ tên)</p>	<p>Mắt a) Kết quả khám thị lực: - Không kính: Mắt phải:...../10 Mắt trái:/10 - Có kính: Mắt phải:...../10 Mắt trái:/10 b) Các bệnh về mắt (nếu có)</p>
<p>Thời gian khám:/...../..... Y, bác sĩ khám (ký và ghi rõ họ tên)</p>	<p>Tai-Mũi- Họng a) Kết quả khám thính lực: - Tai trái: Nói thường:.....m; Nói thầm:.....m - Tai phải: Nói thường:.....m; Nói thầm:.....m b) Các bệnh về Tai-Mũi-Họng (nếu có)</p>
<p>Thời gian khám:/...../..... Y, bác sĩ khám (ký và ghi rõ họ tên)</p>	<p>Răng - Hàm - Mặt a) Kết quả khám: - Hàm trên..... - Hàm dưới..... b) Các bệnh về Răng-Hàm-Mặt (nếu có)</p>
<p>Thời gian khám:/...../..... Y, bác sĩ khám (ký và ghi rõ họ tên)</p>	<p>Cơ xương khớp a) Kết quả khám - Bình thường <input type="checkbox"/> - Cong cột sống: Gù <input type="checkbox"/> ưỡn <input type="checkbox"/> - Vẹo cột sống: Hình chữ S <input type="checkbox"/> Hình chữ C <input type="checkbox"/> b) Các bệnh cơ xương khớp khác (nếu có)</p>

Phụ lục 01

MẪU 01. SỔ THEO DÕI SỨC KHỎE HỌC SINH

(Ban hành kèm theo Thông tư liên tịch số 45/2016/TTLT-BYT-BGDĐT ngày 12 tháng 5 năm 2016 quy định công tác y tế trường học của Bộ trưởng Bộ Y tế và Bộ trưởng Bộ Giáo dục và Đào tạo)

Bìa sổ

CỘNG HOÀ XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

SỔ
THEO DÕI SỨC KHỎE HỌC SINH

Họ và tên (chữ in hoa) Nam ☐ Nữ ☐

Ngày tháng năm sinh:

Trường.....

Xã/phường/huyện/quận.....

Tỉnh/thành phố.....

Dành cho học sinh từ lớp 6 đến lớp 9

(Sổ này được sử dụng trong suốt cấp học, khi học sinh chuyển trường phải mang theo để tiếp tục được theo dõi sức khỏe)

(Trang này sẽ được in vào mặt sau trang bìa)

PHẦN I- THÔNG TIN CHUNG

(Phần này do cha, mẹ học sinh tự điền)

1. Họ và tên học sinh (chữ in hoa) Nam ☐ Nữ ☐

2. Ngày tháng năm sinh:/...../.....

3. Họ và tên bố hoặc người giám hộ:.....

Nghề nghiệp..... Số điện thoại liên lạc.....

Chỗ ở hiện tại:.....

4. Họ và tên mẹ hoặc người giám hộ:.....

Nghề nghiệp..... Số điện thoại liên lạc.....

Chỗ ở hiện tại:.....

5. Con thứ mấy:..... Tổng số con trong gia đình:.....

6. Tiền sử sức khỏe bản thân:.....

a) Sản khoa:

- Bình thường ☐

- Không bình thường: Đẻ thiếu tháng ☐ Đẻ thừa tháng ☐ Đẻ có can thiệp ☐ Đẻ ngạt ☐

- Mẹ bị bệnh trong thời kỳ mang thai (nếu có cần ghi rõ tên bệnh:.....)

b) Tiền sử bệnh/tật: Hen ☐ Động kinh ☐ Dị ứng ☐ Tim bẩm sinh ☐

c) Tiêm chủng:

STT	Loại vắc xin	Tình trạng tiêm/uống vắc xin		
		Có	Không	Không nhớ rõ
1	BCG			
2	Bạch hầu, ho gà, uốn ván			
	Mũi 1			
	Mũi 2			
	Mũi 3			
3	Bại liệt			
	Mũi 1			
	Mũi 2			
	Mũi 3			
4	Viêm gan B			
	Sơ sinh			
	Mũi 1			
	Mũi 2			
	Mũi 3			
5	Sởi			
6	Viêm não Nhật Bản B			
	Mũi 1			
	Mũi 2			
	Mũi 3			
7			

d) Hiện tại có đang điều trị bệnh gì không? Nếu có, ghi rõ tên bệnh và liệt kê các thuốc đang dùng:.....

7. Thay đổi địa chỉ chỗ ở hoặc số điện thoại (nếu có).....

TRƯỜNG:.....
HỌ TÊN HỌC SINH:.....

PHẦN 2- THEO DÕI SỨC KHỎE
(Do nhân viên y tế trường học thực hiện)

1. Theo dõi về thể lực, huyết áp, nhịp tim, thị lực (Lần 1-đầu năm học, Lần 2- đầu học kỳ II)
LỚP 6..... NĂM HỌC.....

Lần I <i>Nhân viên y tế trường học (NVYTTH) ký, ghi rõ họ tên</i>	Thể lực: Chiều cao:.....m; Cân nặng:..... kg; Chỉ số BMI:(kg/m ²) Huyết áp: Tâm trương...../mgHg Tâm thu...../mgHg Nhịp tim:lần/phút Thị lực: Không kính: Mắt phải:...../10 Mắt trái:/10 Có kính: Mắt phải:...../10 Mắt trái:/10
Lần II <i>NVYTTH ký, ghi rõ họ tên</i>	Thể lực: Chiều cao:.....m; Cân nặng:..... kg; Chỉ số BMI:(kg/m ²)

LỚP 7..... NĂM HỌC.....

Lần I <i>NVYTTH ký, ghi rõ họ tên</i>	Thể lực: Chiều cao:.....m; Cân nặng:..... kg; Chỉ số BMI:(kg/m ²) Huyết áp: Tâm trương...../mgHg Tâm thu...../mgHg Nhịp tim:lần/phút Thị lực: Không kính: Mắt phải:...../10 Mắt trái:/10 Có kính: Mắt phải:...../10 Mắt trái:/10
Lần II <i>NVYTTH ký, ghi rõ họ tên</i>	Thể lực: Chiều cao:.....m; Cân nặng:..... kg; Chỉ số BMI:(kg/m ²)

LỚP 8..... NĂM HỌC.....

Lần I <i>NVYTTH ký, ghi rõ họ tên</i>	Thể lực: Chiều cao:.....m; Cân nặng:..... kg; Chỉ số BMI:(kg/m ²) Huyết áp: Tâm trương...../mgHg Tâm thu...../mgHg Nhịp tim:lần/phút Thị lực: Không kính: Mắt phải:...../10 Mắt trái:/10 Có kính: Mắt phải:...../10 Mắt trái:/10
Lần II <i>NVYTTH ký, ghi rõ họ tên</i>	Thể lực: Chiều cao:.....m; Cân nặng:..... kg; Chỉ số BMI:(kg/m ²)

LỚP 9..... NĂM HỌC.....

Lần I <i>NVYTTH ký, ghi rõ họ tên</i>	Thể lực: Chiều cao:.....m; Cân nặng:..... kg; Chỉ số BMI:(kg/m ²) Huyết áp: Tâm trương...../mgHg Tâm thu...../mgHg Nhịp tim:lần/phút Thị lực: Không kính: Mắt phải:...../10 Mắt trái:/10 Có kính: Mắt phải:...../10 Mắt trái:/10
Lần II <i>NVYTTH ký, ghi rõ họ tên</i>	Thể lực: Chiều cao:.....m; Cân nặng:..... kg; Chỉ số BMI:(kg/m ²)

PHẦN 3- KHÁM SỨC KHỎE THEO CHUYÊN KHOA

(Do y, bác sĩ ghi chép khi khám chuyên khoa)

Thời gian khám: Y, bác sĩ khám (ký và ghi rõ họ tên)	Nhi khoa a) Tuần hoàn..... b) Hô hấp:..... c) Tiêu hóa..... d) Thận-Tiết niệu..... đ) Thần kinh-Tâm thần..... e) Khám lâm sàng khác.....
Thời gian khám: Y, bác sĩ khám (ký và ghi rõ họ tên)	Mắt a) Kết quả khám thị lực: - Không kính: Mắt phải:...../10 Mắt trái:/10 - Có kính: Mắt phải:...../10 Mắt trái:/10 b) Các bệnh về mắt (nếu có)
Thời gian khám: Y, bác sĩ khám (ký và ghi rõ họ tên)	Tai-Mũi- Họng a) Kết quả khám thính lực: - Tai trái: Nói thường:.....m; Nói thầm:.....m - Tai phải: Nói thường:.....m; Nói thầm:.....m b) Các bệnh về Tai-Mũi-Họng (nếu có)
Thời gian khám: Y, bác sĩ khám (ký và ghi rõ họ tên)	Răng - Hàm - Mặt a) Kết quả khám: - Hàm trên..... - Hàm dưới..... b) Các bệnh về Răng-Hàm-Mặt (nếu có)
Thời gian khám: Y, bác sĩ khám (ký và ghi rõ họ tên)	Cơ xương khớp a) Kết quả khám - Bình thường <input type="checkbox"/> - Cong cột sống: Gù <input type="checkbox"/> ưỡn <input type="checkbox"/> - Vẹo cột sống: Hình chữ S <input type="checkbox"/> Hình chữ C <input type="checkbox"/> b) Các bệnh cơ xương khớp khác (nếu có)

Phụ lục 01

MẪU 01. SỔ THEO DÕI SỨC KHỎE HỌC SINH

(Ban hành kèm theo Thông tư liên tịch số 43/2016/TTLT-BYT-BGDĐT ngày 24 tháng 5 năm 2016 quy định công tác y tế trường học của Bộ trưởng Bộ Y tế và Bộ trưởng Bộ Giáo dục và Đào tạo)

Bìa sổ

CỘNG HOÀ XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

**SỔ
THEO DÕI SỨC KHỎE HỌC SINH**

Họ và tên (chữ in hoa) Nam ☐ Nữ ☐

Ngày tháng năm sinh:/...../.....

Trường.....

Xã/phường/huyện/quận.....

Tỉnh/thành phố.....

Dành cho học sinh từ lớp 10 đến lớp 12

(Sổ này được sử dụng trong suốt cấp học, khi học sinh chuyển trường phải mang theo để tiếp tục được theo dõi sức khỏe)

(Trang này sẽ được in vào mặt sau trang bìa)

PHẦN I- THÔNG TIN CHUNG

(Phần này do cha, mẹ học sinh tự điền)

1. Họ và tên học sinh (chữ in hoa) Nam ☐ Nữ ☐

2. Ngày tháng năm sinh:/...../.....

3. Họ và tên bố hoặc người giám hộ:.....

Nghề nghiệp..... Số điện thoại liên lạc.....

Chỗ ở hiện tại:.....

4. Họ và tên mẹ hoặc người giám hộ:.....

Nghề nghiệp..... Số điện thoại liên lạc.....

Chỗ ở hiện tại:.....

5. Con thứ mấy:..... Tổng số con trong gia đình:.....

6. Tiền sử sức khỏe bản thân:.....

a) Sản khoa:

- Bình thường ☐

- Không bình thường: Đẻ thiếu tháng ☐ Đẻ thừa tháng ☐ Đẻ có can thiệp ☐ Đẻ ngạt ☐

- Mẹ bị bệnh trong thời kỳ mang thai (nếu có cần ghi rõ tên bệnh:

b) Tiền sử bệnh/tật: Hen ☐ Động kinh ☐ Dị ứng ☐ Tim bẩm sinh ☐

c) Tiêm chủng:

STT	Loại vắc xin	Tình trạng tiêm/uống vắc xin		
		Có	Không	Không nhớ rõ
1	BCG			
2	Bạch hầu, ho gà, uốn ván			
	Mũi 1			
	Mũi 2			
	Mũi 3			
3	Bại liệt			
	Mũi 1			
	Mũi 2			
	Mũi 3			
4	Viêm gan B			
	Sơ sinh			
	Mũi 1			
	Mũi 2			
	Mũi 3			
5	Sởi			
6	Viêm não Nhật Bản B			
	Mũi 1			
	Mũi 2			
	Mũi 3			
7			

d) Hiện tại có đang điều trị bệnh gì không? Nếu có, ghi rõ tên bệnh và liệt kê các thuốc đang dùng:.....

7. Thay đổi địa chỉ chỗ ở hoặc số điện thoại (nếu có).....

TRƯỜNG:.....
HỌ TÊN HỌC SINH.....

PHẦN 2- THEO DÕI SỨC KHỎE
(Do nhân viên y tế trường học thực hiện)

1. Theo dõi về thể lực, huyết áp, nhịp tim, thị lực (Lần 1-đầu năm học, Lần 2- đầu học kỳ II)
LỚP 10..... NĂM HỌC.....

Lần I <i>Nhân viên y tế trường học (NVYTTH) ký, ghi rõ họ tên</i>	Thể lực: Chiều cao:.....m; Cân nặng:..... kg; Chỉ số BMI:(kg/m ²) Huyết áp: Tâm trương...../mgHg Tâm thu...../mgHg Nhịp tim:lần/phút Thị lực: Không kính: Mắt phải:...../10 Mắt trái:/10 Có kính: Mắt phải:...../10 Mắt trái:/10
Lần II <i>NVYTTH ký, ghi rõ họ tên</i>	Thể lực: Chiều cao:.....m; Cân nặng:..... kg; Chỉ số BMI:(kg/m ²)

LỚP 11..... NĂM HỌC.....

Lần I <i>NVYTTH ký, ghi rõ họ tên</i>	Thể lực: Chiều cao:.....m; Cân nặng:..... kg; Chỉ số BMI:(kg/m ²) Huyết áp: Tâm trương...../mgHg Tâm thu...../mgHg Nhịp tim:lần/phút Thị lực: Không kính: Mắt phải:...../10 Mắt trái:/10 Có kính: Mắt phải:...../10 Mắt trái:/10
Lần II <i>NVYTTH ký, ghi rõ họ tên</i>	Thể lực: Chiều cao:.....m; Cân nặng:..... kg; Chỉ số BMI:(kg/m ²)

LỚP 12..... NĂM HỌC.....

Lần I <i>NVYTTH ký, ghi rõ họ tên</i>	Thể lực: Chiều cao:.....m; Cân nặng:..... kg; Chỉ số BMI:(kg/m ²) Huyết áp: Tâm trương...../mgHg Tâm thu...../mgHg Nhịp tim:lần/phút Thị lực: Không kính: Mắt phải:...../10 Mắt trái:/10 Có kính: Mắt phải:...../10 Mắt trái:/10
Lần II <i>NVYTTH ký, ghi rõ họ tên</i>	Thể lực: Chiều cao:.....m; Cân nặng:..... kg; Chỉ số BMI:(kg/m ²)

PHẦN 3- KHÁM SỨC KHỎE THEO CHUYÊN KHOA

(Do y, bác sĩ ghi chép khi khám chuyên khoa)

Thời gian khám:/...../..... Y, bác sĩ khám (ký và ghi rõ họ tên)	Nhi khoa a) Tuần hoàn..... b) Hô hấp:..... c) Tiêu hóa..... d) Thận-Tiết niệu..... đ) Thần kinh-Tâm thần..... e) Khám lâm sàng khác.....
Thời gian khám:/...../..... Y, bác sĩ khám (ký và ghi rõ họ tên)	Mắt a) Kết quả khám thị lực: - Không kính: Mắt phải:...../10 Mắt trái:...../10 - Có kính: Mắt phải:...../10 Mắt trái:...../10 b) Các bệnh về mắt (nếu có)
Thời gian khám:/...../..... Y, bác sĩ khám (ký và ghi rõ họ tên)	Tai-Mũi-Họng a) Kết quả khám thính lực: - Tai trái: Nói thường:.....m; Nói thầm:.....m - Tai phải: Nói thường:.....m; Nói thầm:.....m b) Các bệnh về Tai-Mũi-Họng (nếu có)
Thời gian khám:/...../..... Y, bác sĩ khám (ký và ghi rõ họ tên)	Răng - Hàm - Mặt a) Kết quả khám: - Hàm trên..... - Hàm dưới..... b) Các bệnh về Răng-Hàm-Mặt (nếu có)
Thời gian khám:/...../..... Y, bác sĩ khám (ký và ghi rõ họ tên)	Cơ xương khớp a) Kết quả khám - Bình thường <input type="checkbox"/> - Cong cột sống: Gù <input type="checkbox"/> ưỡn <input type="checkbox"/> - Vẹo cột sống: Hình chữ S <input type="checkbox"/> Hình chữ C <input type="checkbox"/> b) Các bệnh cơ xương khớp khác (nếu có)

Phụ lục 01

MẪU 02. SỔ THEO DÕI TỔNG HỢP TÌNH TRẠNG SỨC KHỎE HỌC SINH

(Ban hành kèm theo Thông tư liên tịch số 43/2016/TTLT-BYT-BGDDT ngày 12 tháng 5 năm 2016 quy định công tác y tế trường học của Bộ trưởng Bộ Y tế và Bộ trưởng Bộ Giáo dục và Đào tạo)

Bìa sổ

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

**SỔ THEO DÕI TỔNG HỢP
TÌNH TRẠNG SỨC KHỎE HỌC SINH**

Trường:

Xã/phường/huyện/quận.....

Tỉnh/thành phố.....

My

