

Phụ lục 02
CÁC THÔNG TIN KHÁM SỨC KHỎE TUYỂN DỤNG ĐỐI VỚI
NGƯỜI ĐIỀU KHIỂN PHƯƠNG TIỆN GIAO THÔNG ĐƯỜNG SẮT
(Ban hành kèm theo Thông tư số /2025/TT-BYT ngày tháng năm 2025
của Bộ trưởng Bộ Y tế)

I. THÔNG TIN HÀNH CHÍNH CỦA NGƯỜI ĐỀ NGHỊ KHÁM SỨC KHỎE

1. Họ và tên (có dán ảnh hoặc scan ảnh)
2. Giới tính: Nam ☐ Nữ ☐
3. Ngày tháng năm sinh: (Tuổi:)
4. Số CCCD /CC/Hộ chiếu/Định danh công dân:
5. Cấp ngày .../.../..... Tại
6. Chỗ ở hiện tại:

II. TIỀN SỬ BỆNH CỦA NGƯỜI ĐỀ NGHỊ 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: Người được khám sức khỏe tự khai các thông tin sau (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 thính giác			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):

Người được khám sức khỏe có đang điều trị bệnh gì không? Nếu có, hãy liệt kê các thuốc đang dùng và liều lượng:

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

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

III. KHÁM LÂM SÀNG

Toàn thân: Chiều cao.....cm; Cân nặng:.....kg; BMI; Mạch, Huyết áp

1. Tâm thần

2. Thần kinh

3. Mắt

4. Tai-Mũi-Họng

5. Tim mạch:

6. Hô hấp

7. Cơ Xương Khớp:

8. Nội tiết

IV. KHÁM CẬN LÂM SÀNG

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)

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...)

Lưu ý: Mục III, IV, người hành nghề khám, ký, ghi rõ họ tên và kết luận người đề nghị khám sức khỏe có đủ/không đủ tiêu chuẩn theo nội dung khám tại Phụ lục 1 ban hành kèm theo Thông tư này)

V. KẾT LUẬN

Phần kết luận ghi rõ người đề nghị khám sức khỏe có đủ/không đủ tiêu chuẩn sức khỏe điều khiển phương tiện giao thông đường sắt (nếu không đủ ghi rõ lý do)

VI. NGÀY KẾT LUẬN (ngày ... tháng ... năm)

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

VII. NGƯỜI KẾT LUẬN

(Ký, ghi rõ họ, tên và đóng dấu)

Ghi chú: Ngoài các thông tin tối thiểu nêu trên, Cơ sở khám sức khỏe có thể bổ sung thêm các thông tin khác (nếu cần thiết)