**Mẫu 1. Phiếu kiểm tra sức khỏe nghĩa vụ quân sự**

|  |  |
| --- | --- |
| Huyện......................  **Xã**................................ | **Cộng hoà xã hội chủ nghĩa việt nam**  **Độc lập - Tự do - Hạnh phúc** |

**Phiếu kiểm tra sức khỏe nghĩa vụ quân sự**

**I. Sơ yếu lý lịch**

Họ và tên: Sinh ngày:

Họ và tên bố: Năm sinh:

Họ và tên mẹ: Năm sinh:

Nguyên quán:

Trú quán:

Giấy chứng minh nhân dân số:

Đã phục vụ tại ngũ từ *(tháng/năm)* ..............đến *(tháng/năm) ..............*

**II. Kết quả kiểm tra sức khỏe:**

Cao : ...........cm; Nặng: .........kg; Vòng ngực trung bình: ......... cm.

Mạch: ............... lần/phút; Huyết áp: ...............mmHg.

Bệnh nội khoa: ...................................................................................................

Bệnh ngoại khoa: ..............................................................................................

Bệnh chuyên khoa (mắt, T-M-H, R-H-M): .......................................................

Tiền sử bệnh tật:

Gia đình:............................................................................................

Bản thân:...........................................................................................

Phân loại sức khỏe sơ bộ: ..................................................................................

*Ngày.... tháng.....năm...*

**Tổ trưởng**

**tổ kiểm tra sức khỏe**

**Mẫu 2. Phiếu sức khỏe nghĩa vụ quân sự**

|  |  |
| --- | --- |
| Huyện ………………….  **Xã**……………….  *Ảnh 4 x 6 cm* | **Cộng hoà xã hội chủ nghĩa việt nam**  **Độc lập - Tự do - Hạnh phúc** |

**Phiếu sức khỏe nghĩa vụ quân sự**

**I. Sơ yếu lý lịch:**

Họ và tên: ...........................................Sinh ngày:......../......../........Nam, Nữ:..........

Nghề nghiệp trước khi nhập ngũ:....................................Giấy CMND số:...............

Họ và tên bố:.......................................Năm sinh: ...........Nghề nghiệp:...................

Họ và tên mẹ: .....................................Năm sinh: ...........Nghề nghiệp:...................

Nguyên quán:................................................................................................... .......

Trú quán:..................................................................................................................

Tiền sử bệnh:

Gia đình:..................................................................................................

Bản thân:..................................................................................................

Tôi xin cam đoan khai đúng lý lịch và tiền sử bệnh của tôi.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Xác nhận lý lịch**  **của địa phương** | **Xác nhận tiền sử bệnh**  **của y tế cơ sở** | *Ngày.......tháng...... năm........*  **Người khai ký tên** |

**II. Khám sức khỏe:**

Cao :........./...... cm; Nặng:......../........ kg; Vòngngực TB:...../....... ..cm.

Huyết áp: ......................./............... .....mmHg; Mạch:........../.........lần/phút.

Thị lực: *- Không kính:* Mắt phải: ............/........... ; Mắt trái:............./........ ...... .

*- Có kính:* Mắt phải: .........../........... ; Mắt trái:............./......... .....

Thính lực: *- Nói thường:* Tai phải: ............/......... m; Tai trái ............../........ ..m.

*- Nói thầm:* Tai phải: .........../......... m; Tai trái .............../.......... m.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Chỉ tiêu** | **Kết quả khám tuyển tại địa phương** | | | **Kết quả khám phúc tra tại đơn vị** | | |
| **Điểm** | **Lý do** | **Y, BS khám**  (ký, họ tên) | **Điểm** | **Lý do** | **Y, BS khám**  (ký, họ tên) |
| Thể lực |  |  |  |  |  |  |
| Mắt |  |  |  |  |  |  |
| Tai mũi họng |  |  |  |  |  |  |
| Răng hàm mặt |  |  |  |  |  |  |
| Nội khoa |  |  |  |  |  |  |
| Tâm thần kinh |  |  |  |  |  |  |
| Ngoại khoa |  |  |  |  |  |  |
| Da liễu |  |  |  |  |  |  |
| KQ xét nghiệm (nếu có) |  |  |  |  |  |  |
| Kết luận |  |  |  |  |  |  |
| *Ngày.......... tháng....... năm.............*  **Chủ tịch Hội đồng KSK NVQS huyện**  *(ký tên, đóng dấu)* | | | | *Ngày........... tháng........... năm...............*  **Chủ tịch Hội đồng khám phúc tra SK**  *(ký tên, đóng dấu)* | | |