**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)* |