

Эрүүл мэндийн шинжилгээний нэгдсэн асуултын хуудас

энгийн эрүүл мэндийн шинжилгээ

шилжилтийн үеийн эрүүл мэндийн шинжилгээ

※ шинжилгээнд хамрагдаж буй этгээд нь шинжилгээнийхээ хариуг зөв тодорхой гаргуулж авахыг хүсч буй бол асуултын хуудсыг орхигдуулалгүйгээр бөглөж өгнө үү.

овог нэр		регистрийн дугаар		утасны дугаар	гэрийн гар	
<input type="checkbox"/> эрүүл мэндийн даатгалтай олговор авагч		<input type="checkbox"/> эрүүл мэндийн		И мэйл хаяг		
хаяг	хот(аймаг)	дүүрэг(сум)	хороо(баг)	гудамж	тоот	Ш / хайрцаг -

※ Та Иргэний эрүүл мэндийн даатгалын газар болон эрүүл мэндийн төв өөс олгодог эрүүл мэндтэй холбоотой мэдээлэл болон үйл ажиллагааны танилцуулгыг и-мэйл болон шуудангаар хүлээж авах хүсэлтэй байна уу? тийм үгүй

※ хууч өвчний тухай(өнгөрсөн үед өвдөж байсан, гэр бүлийн гишүүдээс өвдөж байсан) асуулт

※ доорх асуултыг уншаад одоогийн байдалтайгаа холбогдох зүйл дээр 'О' гэсэн тэмдэглэгээ хийнэ үү.

1. Дараахтай адил өвчний онош авч байсан эсвэл одоо эмэн эмчилгээ хийлгэж байгаа юу?

өвчний нэр	тархиний саажилт	зүрхний өвчин (шигдээс/цээжний бах)	өндөр даралт	сахарын шижин	цусан дахь холестерол	уушигний сүрьеэ	бусад(хорт хавдар гэх мэт)
оношлогоо авч байсан эсэх							
эмэн эмчилгээ хийлгэж байгаа эсэх							

2в эцэг эх, ах эгч дүү нар дунд тань дараах өвчнөөр өвдөж байсан эсвэл нас барж байсан тохиолдол бий юуЮ

өвчний нэр	тархиний саажилт	зүрхний өвчин (шигдээс/бах)	өндөр даралт	сахарын шижин	бусад (хорт хавдар гэх мэт)
байгаа					

3. Элэгний В вирустай эсэх? ① тийм ② үгүй ③ мэдэхгүй

※ Тамхи таталттай холбоотой асуултууд

4. Дараах асуултыг уншаад өөрийнхөө одоогийн байдалтай холбогдох зүйлийг тэмдэглэж өгнө үү.

4-1. Өнөөдрийг хүртэл нийт 5хайрцаг(100ширхэг) дээш хэмжээний тамхи татсан удаа бий юу?

- ① үгүй (⇐ 5дугаар асуултанд хариулаарай)
- ② тийм, одоо тамхи татахаа болисон (⇐ 4-2дугаар асуултанд хариулаарай)
- ③ тийм, одоо ч тамхи татдаг (⇐ 4-3дугаар асуултанд хариулаарай)

4-2. өнгөрсөн хугацаанд тамхи татдаг байсан гэхдээ одоо гарсан бол

гарах хүртэлээ хэдэн жил тамхи татсан бэ?	нийт _____ жил
тамхинаас гарахын өмнө өдөрт дунджаар хэдэн ширхэг тамхи татдаг байсан бэ?	_____ ширхэг

4-3. Одоо ч тамхи татдаг бол

Хэд дэх жилдээ тамхи татаж байна вэ?	нийт _____ жил
өдөрт дунджаар хэдэн ширхэг тамхи татдаг вэ?	_____ ширхэг

※ Архитай холбогдсон асуулт

5. Доорхи асуултыг уншаад өөрийнхөө одоогийн байдалтай холбогдсон зүйлийг тэмдэглэнэ үү.

5-1. 1долоо хоногт дунджаар хэдэн өдөр архи уудаг вэ?

- 0 1 2 3 4 5 6 7

5-2. Архи уух үедээ ер нь өдөрт хэр хэмжээгээр уудаг вэ? (_____ аяга)

(※ Архиний төрлөөс хамаарахгүйгээр тус бүр аягаар тооцно. Шар айраг 1 ширхэг(355сс) нь шар айраг 1.6 аягатай тэнцэнэ)

※ Биеийн хөдөлгөөн(дасгал) тэй холбогдсон асуулт

6. Доорх асуултыг уншаад **сүүлийн 1 долоо хоногийн хөдөлгөөний байдалтайгаа** холбогдсон хариултан дээр ‘√’ гэсэн тэмдэглэгээ хийж өгнө үү.

6-1. Сүүлийн 1 долоо хоногийн турш, энгийн үетэйгээ харьцуулахад хамаагүй эхээр амьсгал давхцуулсан хүчтэй хөдөлгөөн өдөрт 20 минут ба түүнээс дээш хугацаагаар хийсэн өдөр хэд байсан бэ? (жишээ нь: гүйх, аэробикээр хичээллэх, өндөр хурдтайгаар дугуй унах, ууланд гарах гэх мэт)

0 1 2 3 4 5 6 7

6-2. Сүүлийн 1 долоо хоногийн турш, энгийн үеэс бага зэрэг ихээр амьсгал давхцсан дунд зэргийн хэмнэлттэй хөдөлгөөнийг өдөрт 30 минут ба түүнээс дээш хугацаагаар хийсэн өдөр хэд байсан бэ? (Жишээ : Хурдан алхах, багаар теннис тоглох, энгийн хурдаар дугуй унах, бөхийж шал угаах гэх мэт) ※6-1 Хариулттай холбоотой биеийн хөдөлгөөнөөс гадна

0 1 2 3 4 5 6 7

6-3. Сүүлийн 1 долоо хоногийн турш, нэг удаадаа доод тал нь 10 минут ба түүнээс урт хугацаагаар алхсанаа хооронд нэмэхэд нийт 30 минут ба түүнээс дээш хугацаагаар алхсан өдөр хэд байсан бэ? (жишээ нь: хөнгөн хөдөлгөөн, ажилдаа явах ирэх замдаа алхах гэх мэт)

※ 6-1, 6-2 хариулттай холбогдсон биеийн хөдөлгөөнөөс гадна

0 1 2 3 4 5 6 7

※ мэдрэлийн чадвартай холбогдсон асуулт(66нас, 70нас болон 74насны эрүүл мэндийн шинжилгээнд хамрагдагч хариулна уу) (хамт яваа гэр бүлийн хүн байвал бөглөх, байхгүй бол өөрөө бөглөх)

7. **1 жилийн өмнөхтэйгээ харьцуулахад, одоогийн байгаа байдалтай** тань холбоотой зүйлийг ‘O’ гэж тэмдэглэнэ үү.

7-1. Та өөрийнхөө санах чадварыг найз болон үеийнхэнээсээ муу гэж боддог уу?

① үгүй ② хааяа(бага зэрэг) тийм ③ байнга(маш их) тийм

7-2. Та өөрийнхөө санах чадварыг 1жилийн өмнөхтэйгээ харьцуулахад муудсан гэж бодож байна уу?

① үгүй ② хааяа(бага зэрэг) тийм ③ байнга(маш их) тийм

7-3. Чухал ажил төрөл хийхэд тань ой санамж тань хүндрэл учруулах тохиолдол байдаг уу?

① үгүй ② хааяа(бага зэрэг) тийм ③ байнга(маш их) тийм

7-4. Таны ой санамж муудсан эсэхийг бусад хүмүүс мэддэг үү?

① үгүй ② хааяа(бага зэрэг) тийм ③ байнга(маш их) тийм

7-5. Сайн хийж чаддаг байсан энгийн зүйлүүдийг хийхдээ урдныхаасаа муудсан гэж бодож байна уу?

① үгүй ② хааяа(бага зэрэг) тийм ③ байнга(маш их) тийм

※ Сэтгэл санааны байдалтай холбоотой асуулт(40нас ба түүнээс дээш насны шилжилтийн үеийн хүн хариулна уу)

8. Сүүлийн долоо хоногийн турш доорхитой адил зүйлүүд хэр олон үүссэн эсэхийг хариулаарай.

Сүүлийн долоо хоногийн турш би	①маш ховор байсан. (долоо хоногт 1ба түүнээс доош)	②заримдаа (долоо хоногийн турш 2өдөр)	③хааяа хааяа байсан (долоо хоногийн турш 3+4өдөр)	④ихэнхи тохиолдолд тийм байсан (долоо хоногийн турш 5өдөр ба түүнээс дээш)
8-1.Энгийн үед зүв зүгээр байдаг байсан зүйлүүд ядаргаатай, төвөгтэй санагдсан.				
8-2. Хоол идэхийг хүсэхгүй, хоолны дуршилгүй болсон.				
8-3. Хэн нэгэн хүн туслана гэсэн ч өөрийнхөө уйтгарласан сэтгэлийг засч чадахгүй юм шиг байлаа.				
8-4. Маш их сэтгэлээр унасан байсан.				

※ 66настай хүн хавсралтын 2дугаар маягт(66настай хүнд зориулсан эрүүл мэндийн шинжилгээний хуудас)-ийг ч хамтад нь бөглөнө үү

**66 настай шилжилтийн насны эрүүл мэндийн шинжилгээнд
хамрагдагчийн нэмэлт асуултын хуудас**

овог нэр		регистрийн дугаар		утасны дугаар	гэр	
					гар	
<input type="checkbox"/> эрүүл мэндийн даатгалтай олговор авагч		<input type="checkbox"/> эрүүл мэндийн		Мэйл хаяг		
Хаяг	хот(аймаг)	дүүрэг(хот-сум)	хороо(баг)	гудамж	тоот	шуудангийн хайрцаг
						-

* Та Иргэний эрүүл мэндийн даатгалын газар болон эрүүл мэндийн төв өөс олгодог эрүүл мэндтэй холбоотой мэдээлэл болон үйл ажиллагааны танилцуулгыг и-мэйл болон шуудангаар хүлээж авах хүсэлтэй байна уу? тийм үгүй

*** Урьдчилан сэргийлэх тарилгатай холбоотой асуулт**

1. influenza(хорт ханиад) урьдчилан сэргийлэх тарилгыг жил бүр хийлгэдэг үү?

- ① Тийм ② Үгүй

*** өдөр тутмын амьдралтай холбогдсон асуулт**

2. Доорхи асуултыг уншаад өөрийнхөө одоогийн байдалтай холбогдсон хариултан дээр "√" тэмдэглэгээ хийнэ үү.

2-1. Хоол бэлдээд өгвөл бусдын тусламжгүйгээр ганцаараа хооллож чаддаг уу?

- ① Тийм ② Үгүй

2-2. Хувцаслахдаа бусдын тусламжгүйгээр ганцаараа хувцасаа өмсөж чаддаг уу?

- ① Тийм ② Үгүй

2-3. Бие засах өрөө рүү явахдаа бусдын тусламжгүйгээр ганцаараа явч чаддаг уу?

- ① Тийм ② Үгүй

2-4. Усанд орохдоо бусдын тусламжгүйгээр ганцаараа орж чаддаг уу?

- ① Тийм ② Үгүй

2-5. Хоолоо бэлдэхдээ бусдын тусламжгүйгээр ганцаараа бэлдэж чаддаг уу?

- ① Тийм ② Үгүй

2-6. Дэлгүүр, хөрш, эмнэлэг, хороо гэх мэт алхаад оччих хэмжээний газар ганцаараа явж ирж чаддаг уу?

- ① Тийм ② Үгүй

※ Сэтгэл санаатай холбогдсон асуулт

3. Доорх асуултыг уншаад өөрийнхөө **одоогийн байдалтай** холбогдсон хариултыг ‘O’ гэж тэмдэглэнэ үү.

3-1. Сүүлийн үед хөдөлгөөн болон дуршил ихээр буурсан уу?

- ① Тийм ② Үгүй

3-2. Одоогийн миний байдал хэнд ч юунд ч хэрэггүй гэж бодогдож байна уу?

- ① Тийм ② Үгүй

3-3. Одоогийн өөрийн байдал тань ямар ч хүсэл эрмэлзэлгүй мэт санагдаж байна уу?

- ① Тийм ② Үгүй

※ юмнаас унасан болон шээсний хүндрэлтэй холбоотой асуулт

4. **Юмнаас унахтай** холбоотой асуулт. Өнгөрсөн 6 сарын хугацаанд юмнаас унасан тохиолдол байгаа юу?

- ① Тийм ② Үгүй

5. **Шээсний хүндрэлтэй** холбоотой асуулт. Шээхэд хүндрэлтэй эсвэл шээсээ дусаах тохиолдол байдаг уу?

- ① Тийм ② Үгүй

Амны хөндийн эрүүл мэндийн шинжилгээний асуултын хуудас

энгийн эрүүл мэндийн шинжилгээ

шилжилтийн үеийн эрүүл мэндийн шинжилгээ

овог нэр		регистерийн дугаар		утасны дугаар		гэр гар		
<input type="checkbox"/> эрүүл мэндийн даатгалтай олговор авагч		<input type="checkbox"/> эрүүл мэндийн		Мэйл хаяг				
Хаяг	хот(аймаг)	дүүрэг(хот-сум)	хороо(баг)	гудамж	тоот	шуудангийн хайрцаг		
							-	

※ Та Иргэний эрүүл мэндийн даатгалын газар болон эрүүл мэндийн төв өөс олгодог эрүүл мэндтэй холбоотой мэдээлэл болон үйл ажиллагааны танилцуулгыг и-мэйл болон шуудангаар хүлээж авах хүсэлтэй байна уу? тийм үгүй

※ эрүүл мэндийн байгууллагаар үйлчлүүлэх болон амны хөндийн эрүүл мэндийн ерөнхий ойлголтын талаарх асуулт

1. Сүүлийн 1 жилийн турш шүдний эмнэлэгт очсон удаа бий юу?
 ① Тийм ② Үгүй ③ Мэдэхгүй
2. Сүүлийн 1 жилийн турш шүдний чулуу түүлгэх эмчилгээ хийлгэсэн удаа бий юу?
 ① Тийм ② Үгүй ③ Мэдэхгүй
3. Таны өөрийн тань бодлоор шүд, буйл гэх мэт таны амны хөндийн эрүүл мэнд ямар талдаа вэ?
 ① Маш сайн ② сайн ③ энгийн ④ муу ⑤ маш муу

※ Амны хөндийн эрүүл мэндийн зуршил(тамхи татах, шүдээ угаах) тай холбоотой асуулт

4. Тамхи татдаг уу?
 ① Огт татаж байгаагүй ② Одоо татаж байгаа ③ урд нь татдаг байсан ба одоо гарсан
5. Өчигдөр нэг өдрийн турш шүдээ хэдэн удаа угаасан бэ? () удаа
6. Сүүлийн долоо хоногийн турш унтахынхаа өмнө шүдээ хэр зэрэг байнга угаасан бэ?
 ① Дандаа угаасан ② ихэнх үед угаасан ③ Заримдаа угаасан ④ огт угаагаагүй
7. Сүүлийн долоо хоногийн турш шүдээ угаахдаа шүдний утас болон шүдний завсарын сойз хэр зэрэг байнга хэрэглэсэн бэ?
 ① Байнга хэрэглэсэн ② ихэнх үед хэрэглэсэн ③ заримдаа хэрэглэсэн ④ огт хэрэглээгүй
 ⑤ шүдний утас болон шүдний завсарын сойз гэж юу болохыг мэдэхгүй

※ Амны хөндийн шинж тэмдэгтэй холбоотой асуулт

8. Сүүлийн 1 жилийн турш шүдээр хатгах, янгинах эсвэл өвдөх тохиолдол байсан уу?
 ① Тийм ② Үгүй
9. Сүүлийн 1 жилийн турш буйл өвдөх эсвэл буйлнаас цус гарах тохиолдол байсан уу?
 ① Тийм ② Үгүй
10. Сүүлийн 1 жилийн турш хэл болон амны дотор талын хацар янгинаж өвдөх тохиолдол байсан уу?
 ① Тийм ② Үгүй
11. Сүүлийн 1 жилийн турш амнаас муухай үнэр гарах тохиолдол байсан уу?
 ① Тийм ② Үгүй
12. Сүүлийн 1 жилийн турш хүйтэн хоол идэх болон шүдээ угаах үед шүд янгинах удаа байсан уу?
 ① Тийм ② Үгүй
13. Сүүлийн 1 жилийн турш эрүүний үе мөчөөс дуу гарах эсвэл өвдөх, ам сайн ангайхгүй байх тохиолдол байсан уу?
 ① Тийм ② Үгүй

※ **Амны хөндийн үйл ажиллагаатай холбоотой асуулт**(Хиймэл шүд хэрэглэдэг бол хиймэл шүдээ хийчихсэн байх үеийнхээ мэдрэмжээ бичнэ үү)

14. Та шүд эсвэл хиймэл шүд, буйл гэх зэрэг амны хөндийн асуудлаас шалтгаалан хоол захилахад хүндрэлтэй байдлыг мэдэрдэг үү?

- ① Маш их хүндрэлтэй ② хүндрэлтэй ③ энгийн
④ нэг их хүндрэлтэй биш ⑤ огт хүндрэлгүй

15. Та шүд болон хиймэл шүд, буйл зэрэг амны хөндийн асуудлаас шалтгаалан хэл ярианы дуудлага тань тод цэвэр байхад хүндрэлтэй буюу хэцүү байгааг мэдэрдэг үү?

- ① Маш их хүндрэлтэй ② хүндрэлтэй ③ энгийн
④ нэг их хүндрэлтэй биш ⑤ огт хүндрэлгүй

※ **Хиймэл шүдтэй холбоотой асуулт** (хэрэглэдэг хүн л зөвхөн хариулна уу)

16. Хоол захилах болон ярихад хиймэл шүд нь хөдөлдөг үү? ① Тийм ② Үгүй

17. Хиймэл шүднээс шалтгаалан амны аль нэг хэсэгт өвчин байдаг уу? ① Тийм ② Үгүй

18. Унтахынхаа өмнө хиймэл шүдээ авч тавичихаад унтдаг уу? ① Тийм ② Үгүй

※ **Амны хөндийн эрүүл мэндтэй холбоотой өвчин**

19. Та сахарын шижинтэй юу? ① Тийм ② Үгүй ③ Мэдэхгүй

※ Онцлог шинж тэмдэг болон шүдний эмчээс асуух зүйл байвал чөлөөтэй бичнэ үү.

Хорт хавдарын шинжилгээний асуултын хуудас

Энгийн шинжилгээ

Шилжилтийн үеийн шинжилгээ

овог нэр		регистрийн дугаар		утасны дугаар	гэр гар	
<input type="checkbox"/> эрүүл мэндийн даатгалтай <input type="checkbox"/> эрүүл мэндийн олговор авагч		Мэйл хаяг				
Хаяг	хот(аймаг)	дүүрэг(хот-сум)	хороо(баг)	гудамж	тоот	шуудангийн хайрцаг -

※ Та Иргэний эрүүл мэндийн даатгалын газар болон эрүүл мэндийн төв өөс олгодог эрүүл мэндтэй холбоотой мэдээлэл болон үйл ажиллагааны танилцуулгыг и-мэйл болон шуудангаар хүлээж авах хүсэлтэй байна уу? тийм үгүй

※ Хорт хавдарын шинжилгээ(нэгдсэн)-тэй холбогдсон асуулт

※ Доорхи асуултыг уншаад өөрийнхөө одоогийн байгаа байдалтай холбоотой хариултан дээр "О" тэмдэглэгээ хийнэ үү.

1. Таньд биеийн тань аль нэгэн хэсэгт хүндрэлтэй шинж тэмдэг байдаг уу?

① Тийм(шинж тэмдэг : _____) ② Үгүй

2. **Сүүлийн бсарын турш** ямар нэгэн онцгой шалтгаангүйгээр 5кг ба түүнээс дээш хэмжээгээр биеийн жин багассан уу?

① Үгүй ② Биеийн жин багассан (_____ кг)

3. Та өөрөө, эцэг эх, ах эгч дүү нарын дундаас **одоо хорт хавдараар өвдсөн байгаа эсвэл өнгөрсөн үед хорт хавдараар өвчилсөн хүн байгаа юу?**

Хавдарын төрөл	байхгүй	мэдэхгүй	байгаа (давхардуулж сонгох боломжтой)				
			өөрөө	эцэг эх	ах дүү	эгч дүү	үр хүүхэд
Ходоодны хавдар							
Хөхний хавдар							
Бүдүүн гэдэсний хавдар							
Элэгний хавдар							
Савны амсарын хавдар							
Бусад (_____ хавдар)							

4. Та дараах шинжилгээнүүдэд хамрагдаж байсан удаа байгаа юу?

Шинжилгээний нэр		шинжилгээний үе			
		10аас дээш жил болсон, хийлгэж байгаагүй	1жилээс доош	1жилээс доош+ 2жилээс дээш	2жилээс дээш+ 10жилээс доош
ходоодны хавдар	Ходоодны дуран рентген(ходоодны рентген зураг)				
	Ходоодны дуран				
Хөхний хорт хавдар	Хөхний зураг авах				
Бүдүүн гэдэсний хорт хавдар	<u>Өтгөний шинжилгээ</u> (өтгөний шинжилгээ)				
	Бүдүүн гэдэсний дуран рентген(бүдүүн гэдэсний рентген зураг)				
	Бүдүүн гэдэсний дуран				
Савны амсарын хорт хавдар	савны амсарын эсийн шинжилгээ				
элэгний хорт хавдар	Элэгний эхо шинжилгээ	хийлгэж байгаагүй	бсарын дотор	бсараас 1жил	1жилээс дээш удсан

※ Ходоодны хорт хавдар, бүдүүн гэдэсний хорт хавдар, элэгний хорт хавдартай холбоотой асуулт

※ Холбогдох зүйл дээрээ "√" тэмдэглэгээ хийнэ үү.

5. Одоо болон өнгөрсөн үед авч байсан **ходоодны өвчний** оношлогоо байгаа юу?

өвчний нэр	ходоодны шарх	хатингаршсан ходоодны салст бүрхэвчийн үрэвсэл	нарийн гэдэсний метаплаз	ходоодны хавдар	бусад	байхгүй
өвчилсөн эсэх						

6. Одоо болон өнгөрсөн үед **бүдүүн гэдэсний өвчнөөр** оношлогоо авч байсан эсэх?

өвчний нэр	бүдүүн гэдэсний хавдар	шархлаат бүдүүн гэдэсний үрэвсэл	гэдэсний архаг үрэвсэл	шамбрам	бусад	байхгүй
өвчилсөн эсэх						

7. Элэгний өвчнөөр өвчилж байсан уу?

өвчний нэр	В хэлбэрийн вирустай	архаг В хэлбэрийн вирус	архаг С хэлбэрийн вирус	Элэгний цирроз	бусад	байхгүй
өвчилсөн эсэх						

※ Хөхний хорт хавдар болон савны амсарын хорт хавдартай холбоотой асуулт(зөвхөн эмэгтэйчүүд хариулна уу)

8. Сарын тэмдэг хэзээ эхэлсэн бэ?

- ① _____ настай ② анхны сарын тэмдэг байгаагүй

9. Одоо таны сарын тэмдэгийн байдал ямар вэ?

- ① Сарын тэмдэг ирдэг ② саваа тайрч авахуулсан
③ цэвэршсэн (цэвэршсэн нас : _____ нас)

10. Цэвэршсэний дараагаар шинж тэмдэгийг багасгахын тулд громон тэнцвэржүүлэгч хэрэглэж байгаа эсвэл хэрэглэж байсан уу?

- ① Громон тэнцвэржүүлэгч хэрэглэж байгаагүй ② 2 ба түүнээс доош жилээр хэрэглэж байна
③ 2 ба түүнээс дээш + 5 ба түүнээс доош жилээр хэрэглэж байна
④ 5 ба түүнээс дээш жилээр хэрэглэж байна ⑤ Мэдэхгүй

11. Хэдэн хүүхэд төрүүлсэн бэ?

- ① 1хүүхэд ② 2 ба түүнээс дээш ③ төрж байгаагүй

12. Хөхөө хөхүүлж байсан эсэх болон ямар хугацаагаар хөхүүлсэн бэ?

- ① 6 ба түүнээс доош сар ② 6 сар + 1 жилээс доош ③ 1 ба түүнээс дээш жил
④ хөхүүлж байгаагүй

13. Өнгөрсөн хугацаанд хөхний хортой бус хавдарын онош авч байсан удаа байгаа юу?

(Хорт бус хавдар гэдэг нь **хортой хавдар** биш ба бусад төрлийн ургацаг, молцог зэргийг хэлнэ)

- ① Тийм ② Үгүй ③ Мэдэхгүй

14. Жирэмсэнээс сэргийлэх эм хэрэглэж байгаа эсвэл өнгөрсөн үед хэрэглэж байсан уу?

- ① жирэмсэнээс сэргийлэх эм хэрэглэж байгаагүй
② 1 жил болон түүнээс доош хугацаагаар хэрэглэсэн
③ 1 жил ба түүнээс дээш хугацаагаар хэрэглэсэн
④ мэдэхгүй

Энгийн эрүүл мэндийн шинжилгээний хариуны хуудас (1дүгээр шатны шинжилгээ)

Овог нэр		Регистрийн дугаар	– 1(2) * * * * *	ААН-ийн нэр	
Э/М шинжилгээний огноо	он	сар	өдөр	Э/М шинжилгээ хийлгэсэн газар	<input type="checkbox"/> эмнэлэгт <input type="checkbox"/> явуулын эмнэлэгт

үзлэг	өвдөж байсан өвчний түүх	оношлогоо		гэмтэл ба гэмтлийн дараах бэрхшээл		
		ЭМН	ЭМЧИЛГЭЭ			
ахуйн зуршил		энгийн байдал				
ангилал	өвчний ерөнхий ангилал	шинжилгээний төрлүүд		ҮР ДҮН	харьцуулах түвшин	
Тооцоолт	таргалалт	өндөр	см	эр 90доош/эм 85доош	–	
		жин	kg			
		бэлхүүсний тойрог	см	эр 90доош/эм 85доош	–	
		өөхшилтийн үзүүлэлт	kg/m ²	18.5–24.9	18.5доош / 25–29.9	
шинжилгээ	харааны өөрчлөлт	хараа (зүүн/баруун)	/			
	сонсголын өөрчлөлт	сонсгол(зүүн/баруун)	/			
	өндөр даралт	даралт(дээд/доод)	/ mmHg	120доош/ 80дээш	120–139/80–89	
шээс	бөөрний үйл ажиллагаа	шээсний уураг		хэвийн	өөрчлөлттэй ±	
цус	цус багадалт	гемоглобин	g/dL	эр:13–16.5 эм:12–15.5	эр:12–12.9 эм:10–11.9	
	сахарын шижин	хоосон үеийн сахарын хэмжээ	mg/dL	100доош	100–125	
	өндөр даралт, цусан дахь тосны хэмжээ, атеросклероз	нийт хлострел	mg/dL	200доош	200–239	
		HDL-хлострел	mg/dL	60дээш	40–59	
		triglycerides	mg/dL	150доош	150–199	
		LDL-хлострел	mg/dL	130доош	130–159	
	архаг бөөрний өвчин	цусны ийдэсний креатинин	mg/dL	1–5бага	–	
		(e-GFR)	mL/min/1.73m ²	60дээш	–	
элэгний өвчин	AST(SGOT)	U/L	40доош	41–50		
	ALT(SGPT)	U/L	35доош	36–45		
	Гамма GTP	U/L	эр:11–63, эм:8–35	эр:64–77, эм:36–45		
дүрс бичлэг	уушигний сүрье, зүрхний өвчин	цээжний рентген зураг авалт		хэвийн, идэвхигүй	–	
дүгнэлт болон авах арга хэмжээ						
дүгнэлт	<input type="checkbox"/> хэвийн А <input type="checkbox"/> хэвийнМ <input type="checkbox"/> энгийн эмгэгийн шинж тэмдэг <input type="checkbox"/> өндөр даралт болон сахарын шинж тэмдэг (2дах удаагийн шинжилгээнд хамрагдагч) <input type="checkbox"/> удамшлийн өвчтэй хүн		дүгнэлтийн огноо	он	сар	өдөр
			шинжилгээ хийсэн эмч	эрхийн дугаар		
				эмчийн нэр	(гарын үсэг)	
<p>※ 1дүгээр шатны эрүүл мэндийн шинжилгээний хариугаар өндөр даралт мөн сахарын шижингийн шинж тэмдэг илэрсэн хүн нь хариу хүлээж авсан өдрөөс эхлэн доод тал нь 30хоногийн дотор 2дугаар шатны шинжилгээ(дараа жилийн 1сарын сүүл хүртэл) –нд хамрагда хыг хүсч байна.</p> <p>※ Эрүүл мэндийн шинжилгээний хариундаа сувилалын олговор авах шаардлагатай гэсэн эмчийн дүгнэлт авсан тохиолдолд сувилалын олговрын хүсэлт(үзлэгийн хүсэлт)ээр тооцогдох ба тэрхүү хуудсаа ашиглан өндөр түвшиний нэгдсэн эмнэлэгт үзлэг хийлгэх боломжтой.</p> <p>※ Эрүүл мэндийн шинжилгээгээр дамжуулан бүхий л өвчин эмгэг ялгагдан оношлогдох боломжгүй бөгөөд илэрч буй шинж тэмдэг байх тохиолдолд (гэнэтийн биеийн жингийн хэт нэмэлт ба багасалт) шууд эмчийн зөвөлгөө авахыг хүсч байна.</p> <p>※ Цусны шинжилгээний хариутай харьцуулах үнэлэмж(хэвийн А, хэвийн Б) нь шинжилгээ хийж буй байгууллага бүрийн мөн шинжилгээ хийж буй аргачлал бүрээс шалтгаалан өөр хоорондоо ондоо байж болно.</p> <p>※ Цээжний рентген зураг авахад уушигны сүрьеэ өвчнөөр өвдсөн байж болзошгүй гэж оношлогдсон бол аль болох хурдан хугацаанд ойролцоох эмнэлэгт очиж нарийвчлан тодорхойлох шинжилгээ өгөх хэрэгтэй.</p> <p>Таны эрүүл мэндийн шинжилгээний хариуг дээрхтэй адилаар мэдэгдэж байна.</p>						
байгууллагын тэмдэг		он		сар	өдөр	
				шинжилгээний		
				байгууллагын нэр		

Эрүүл мэндэд үүсч буй аюултай байдлын дүгнэлтийн хариу

Өвчин тус бүрээр эрүүл мэндэд үүсч буй аюулын хэмжээ	
Эрүүл мэндэд үүсч буй аюулын шалтгааныг олж мэдэх	
Эрүүл мэндэд үүсч буй аюулын шалтгааныг зохицуулах	
мэдрэхүйн үйл ажиллагааны доройтол (70настай ба 74нас)	<input type="checkbox"/> онц илэрсэн зүйл байхгүй(асуултын хуудасны 7дугаар асуултын онооны нийлбэр 0-3оноо) <input type="checkbox"/> 2дах удаагийн эрүүл мэндийн шинжилгээний дүнд нэмэлт асуулт болон зөвөлгөө авах шаардлагатай(асуултын хуудасны 7дугаар асуултын онооны нийлбэр 4-10оноо) (* оноо тооцоолох хэмжигдэхүүн – ① үгүй : 0 оноо, ② заримдаа(бага зэрэг) тийм : 1оноо, ③ байнга(маш их) тэгдэг : 2 оноо

※ Эрүүл мэндэд учраад буй аюултай байдлын үнэлгээ нь шинжилгээ өгөгчийн бөглөсөн эрүүл мэндийн шинжилгээний асуулт болон шинжилгээний хариуг үндэслэн одоогийн эрүүл мэндэд учирч буй аюулын шалтгаанаар цаашдын өвчин үүсэх болон эрүүл мэндийн байдлыг таамаглаж эрүүл мэндэд учирч буй аюулын хэмжээг багасгаж эрүүл мэндийн байдлыг шинэчлэн сэргээхэд чиглэгдсэн зүйл юм.

**Эрүүл мэндийн олговор бүхий энгийн эрүүл мэндийн шинжилгээний хариуны хуудас
(1дүгээр шинжилгээ)**

Овог нэр		Регистрийн дугаар	- 1(2)*****	батлаж буй байгууллагын нэр (тэмдэг)	
шинжилгээний огноо	он сар өдөр	эрүүл мэндийн шинжилгээ хийлгэсэн газар		<input type="checkbox"/> эмнэлэгт	<input type="checkbox"/> явуулын эмнэлэгт

үзлэг	өвчилж байсан түүх	онош тавьсан эсэх		гэмтэл болон гэмтлийн дараах зовиур	
	Амьдралын зуршил	эмэн эмчилгээтэй эсэх	энгийн байдал		
шинжилгээний ангилал	илрүүлэхийг зорьж буй өвчин	шинжилгээний төрлүүд	хариу	харьцуулан үзэх түвшин	
				хэвийн А (эрүүл мэнд зүгээр)	хэвийн В (анхааруулга) (эрүүл мэндэд нь илэрсэн зүйл байхгүй ба өөртөө анхаарал тавих болон урьдчилан сэргийлэх шаардлагатай)
тооцо ололт шинжилгээ	таргалалт	биеийн өндөр	см		
		биеийн жин	kg		
		бэлхүүсний тойрог	см	эр 90доош/эм 85доош	-
		BMI үзүүлэлт	kg/m2	18.5-24.9	18.5доош / 25-29.9
	харааны өөрчлөлт	хараа(зүүн/баруун)	/		
	сонсголын өөрчлөлт	сонсгол(зүүн/баруун)	/		
	өндөр даралт	даралт(дээд/доод)	/ mmHg	120бага / 80бага	120-139 / 80-89
шээс	бөөрний эмгэг	шээсний уураг		илрэлгүй	бага зэрэг ±
цусны шинжилгээ	цус багадалт	гемоглобин	g/dL	эр: 13-16.5 эм:12-15.5	эр : 12-12.9 эм : 10-11.9
	сахарын шижин	хооллоогүй үеийн цусан дах сахар	mg/dL	100 аас доош	100-125
	өндөр даралт, цусан дахь холестеролийн өөрчлөлт, судас хатуурах	нийт холестерол	mg/dL	200 доош	200-239
		HDL-холестерол	mg/dL	60 дээш	40-59
		Triglycerides	mg/dL	150 доош	150-199
		LDL-холестерол	mg/dL	130 доош	130-159
	архагшсан бөөрний өвчин	serum creatinine	mg/dL	1.5 доош	-
		GFR	mL/min/1.73m2	60 дээш	-
	элэгний үйл ажиллагаа	AST(SGOT)	U/L	40 доош	41-50
		ALT(SGPT)	U/L	35 доош	36-45
Gamma GTP(γ-GTP)		U/L	эр: 11-63, эм : 8-35	эр: 64-77, эм : 36-45	
Рентген шинжилгээ	уушигний сүрьеэ, зүрхний өвчин	цээжний зураг авалтын шинжилгээ		энгийн, идэвхигүй	-
дүгнэлт болон авах арга хэмжээ					
шийдвэр	<input type="checkbox"/> хэвийн А <input type="checkbox"/> хэвийн Б <input type="checkbox"/> энгийн өвчин ажиглагдаж байна <input type="checkbox"/> өндөр даралт болон сахарын шижин өвчин ажиглагдаж байна(2дах шатны шинжилгээнд хамрагдагч) <input type="checkbox"/> өвчтэй		шийдвэр гаргасан огноо	он сар өдөр	
			шинжилгээ хийсэн эмч	эмчийн зөвшөөрлийн дугаар	эмчийн нэр
* 1дэх шатны эрүүл мэндийн шинжилгээний хариугаар өндөр даралт болон сахарын шижин өвчний шинж тэмдэг илэрсэн шийдвэр авсан хүн нь мэдэгдэл авсан өдрөөс эхлэн доод тал нь 30хоногийн дотор 2дахь шатны шинжилгээ(дараа жилийн 1сарын сүүл хүртэл) –нд хамрагдахыг хүсч байна. * Эрүүл мэндийн шинжилгээний хариуны дагуу эрүүл мэндийн олговор шаардлагатай тохиолдолд "эрүүл мэндийн олговрын тухай хуулийг хэрэгжүүлэх журам"-ийн 3дугаар зүйлд заасны дагуу эрүүл мэндийн олговрын нөхцөлийн дагуу үзлэгт орох ёстой ба эрүүл мэндийн олговрын байгууллагын сонголтонд хамрагдагч этгээд нь өөрийн сонгосон эрүүл мэндийн нөхөн олговрын байгууллагатай эхлээд үзүүлэх хэрэгтэй. * Эрүүл мэндийн шинжилгээгээр бүхий л өвчин эмгэг шийдвэрлэгдэх боломжгүй тул шинж тэмдэг илэрч буй(гэнэтийн биеийн жингийн их хэмжээний өөрчлөлт гэх мэт) бол шууд эмчийн зөвлөгөө авахыг хүсч байна. * Цусны шинжилгээний хариугаар харьцуулан үзэх түвшин(хэвийн А, хэвийн Б) нь шинжилгээ хийж буй байгууллага тус бүрээр шинжилгээний аргачлалаас шалтгаалан өөр байж болно. * Цээжний рентген зураг авахад уушигны сүрьеэ өвчнөөр өвдсөн байж болзошгүй гэж оношлогдсон бол аль болох хурдан хугацаанд ойролцоох эмнэлэгт очиж нарийвчлан тодорхойлох шинжилгээ өгөх хэрэгтэй. Таны эрүүл мэндийн шинжилгээний хариуг дээрхтэй адил мэдэгдэж байна.					
эрүүл мэндийн олговор			Шинжилгээний		
байгууллагын тэмдэг			байгууллагын нэр		

[Хавсралтын 7–2дугаар маягт] <шинэчилсэн 2011.12.27> <ар тал>

Эрүүл мэндэд үүсч буй аюулын дүгнэлтийн хариу

Өвчин тус бүрийн эрүүл мэндэд үүсч буй аюулын хэмжээ	
Эрүүл мэндэд үүсч буй аюулын шалтгааныг олж мэдэх	
Эрүүл мэндэд үүсч буй аюулын шалтгааныг зохицуулах	
Мэдэрхүйн согог (70настай ба 74настай)	<input type="checkbox"/> Илэрч буй шинж тэмдэг байхгүй(асуултын хуудасны 7дугаар асуултын онооны нийлбэр 0–3оноо) <input type="checkbox"/> 2дах шатны эрүүл мэндийн шинжилгээгээр нэмэлт асуулт болон зөвөлгөө шаардлагатай(асуултын хуудасны 7дугаар асуултын онооны нийлбэр 4–10оноо)(※ оноо тооцоолох хэмжигдэхүүн - ① үгүй : 0 оноо, ② заримдаа(бага зэрэг) тийм :1оноо, ③ байнга(маш их) тийм : 2оноо)

※ Эрүүл мэндэд учраад буй аюултай байдлын үнэлгээ нь шинжилгээ өгөгчийн бөглөсөн эрүүл мэндийн шинжилгээний асуулт болон шинжилгээний хариуг үндэслэн одоогийн эрүүл мэндэд учирч буй аюулын шалтгаанаар цаашдын өвчин үүсэх болон эрүүл мэндийн байдлыг таамаглаж эрүүл мэндэд учирч буй аюулын хэмжээг багасгаж эрүүл мэндийн байдлыг шинэчлэн сэргээхэд чиглэгдсэн зүйл юм.

Энгийн эрүүл мэндийн шинжилгээний хариу(2дахь шатны шинжилгээ)

Овог нэр		Регистерийн дугаар	- 1(2) * * * * *
Шинжилгээ хийлгэсэн огноо		Шинжилгээ хийлгэсэн газар	<input type="checkbox"/> эмнэлэгт <input type="checkbox"/> явуулын эмнэлэгт

Сахарын шижин өвчин, өндөрдаралт болон мэдрэхүйн согогтой холбогдсон 2дах шатны шинжилгээний хариу

Ангилал	<input type="checkbox"/> Сахарын шижин			<input type="checkbox"/> өндөр даралт		
шинжилгээний хариу	хоол идээгүй байх үеийн сахарын хэмжээ mg/dl			хэмжигдсэн даралт : mmHg		
Шинжилгээний хариуны харьцуулалт хэмжигдэхүүн	хэвийн	хоол идээгүй байх үеийн сахарын гажуудал	сахарын өвчин	хэвийн	өндөр даралтын өмнөх үе	өндөр даралт
	100доош	100-125	126дээш	агшсан үедээ 120 доош ба тэлсэн үедээ 80доош	агшсан үедээ 120-139 мөн тэлсэн үедээ 0-89	агшсан үедээ 40ба түүнээс дээш тэлсэн үедээ 90ба түүнээс дээш
эмчилгээний төлөвлөгөө	<input type="checkbox"/> дараагийн шинжилгээний үеэр шалгаж үзэх <input type="checkbox"/> биеийн тамираар хичээллэж хоолны дэглэм барьж 2-3сарын дараа дахин шинжилгээ хийх <input type="checkbox"/> эмэн эмчилгээ шаардлагатай			<input type="checkbox"/> дараагийн шинжилгээний үеэр шалгаж үзэх <input type="checkbox"/> биеийн тамираар хичээллэж хоолны дэглэм барьж 2-3сарын дараа дахин шинжилгээ хийх <input type="checkbox"/> эмэн эмчилгээ шаардлагатай		
Мэдрэхүйн согог(70настай ба 74настай)	<input type="checkbox"/> шинж тэмдэг илрээгүй(0-5оноо) <input type="checkbox"/> мэдрэхүйн үйл ажиллагааны сулрал(6-30оноо, нэмэлт үзлэг болон зөвөлгөө шаардлагатай)					

Нэгдсэн зөвөлгөө

Сахарын шижин өвчний дүгнэлт	<input type="checkbox"/> хэвийн <input type="checkbox"/> хоол идээгүй байх үеийн цусан дах сахарын согог <input type="checkbox"/> сахарын шижин өвчин	дүгнэлт гаргасан огноо	он сар өдөр
өндөр даралтын дүгнэлт	<input type="checkbox"/> хэвийн <input type="checkbox"/> өндөр даралтын өмнөх үе <input type="checkbox"/> өндөр даралт	шинжилгээ хийсэн эмч	эмчийн зөвшөөрлийн дугаар эмчийн нэр (гарын үсэг)

※ Эрүүл мэндийн шинжилгээний хариу мэдэгдэл дээрх сувилалын олговор шаардлагатай гэсэн эмчийн дүгнэлт тэмдэглэгээ байх тохиолдолд сувилалын олговор хүсэлтийн маягт(эмчийн үзлэгт хамрагдах хүсэлтийн маягт) –аар орлуулагдах ба энэхүү мэдэгдэлийг ашиглан дээд түвшиний нэгдсэн эмнэлэгт үзлэг хийлгэх боломжтой.
 ※ Эрүүл мэндийн шинжилгээгээр бүхий л өвчин эмгэг илэрч ялгарах боломжгүй тул илэрч буй шинж тэмдэг(гэнэтийн их хэмжээний биеийн жингийн өөрчлөлт зэрэг) байх тохиолдолд шууд эмчид хандахыг зөвлөж байна.

Таны эрүүл мэндийн шинжилгээний хариуг дээрхтэй адил мэдэгдэж байна.

он сар өдөр

сувилалын байгууллагын дугаар

Шинжилгээний байгууллагын нэр

Даатгалын олговор бүхий эрүүл мэндийн энгийн шинжилгээний хариуны хуудас(2дах шатны шинжилгээ)

Овог нэр		Регистерийн дугаар	– 1(2) * * * * *	баталгаат байгууллагын нэр(тэмдэг)	
Шинжилгээ хийлгэсэн огноо	он	сар	өдөр	Эрүүл мэндийн оношлогооны газар	<input type="checkbox"/> эмнэлэгт <input type="checkbox"/> явуулын эмнэлэгт

Сахарын шижин, өндөр даралт болон мэдрэхүйн үйл ажиллагааны доройтолын 2дах шатны шинжилгээний хариу

ялгаа	<input type="checkbox"/> Сахарын шижин өвчин			<input type="checkbox"/> өндөр даралт		
эрүүл мэндийн шинжилгээний хариу	хоол идээгүй байх үеийн цусан дах сахарын хэмжээ mg/dl			хэмжсэн даралт : mmHg		
Шинжилгээний хариуны харьцуулалт хэмжигдэхүүн	хэвийн	хоол идээгүй байх үеийн сахарын гажуудал	сахарын өвчин	хэвийн	өндөр даралтын өмнөх үе	өндөр даралт
	100доош	100–125	126дээш	агшсан үедээ 120 доош ба тэлсэн үедээ 80доош	агшсан үедээ 120–139 мөн тэлсэн үедээ 0–89	агшсан үедээ 40ба түүнээс дээш тэлсэн үедээ 90ба түүнээс дээш
эмчилгээний төлөвлөгөө	<input type="checkbox"/> дараагийн шинжилгээний үеэр шалгаж үзэх <input type="checkbox"/> биеийн тамираар хичээллэж хоолны дэглэм барьж 2–3сарын дараа дахин шинжилгээ хийх <input type="checkbox"/> эмэн эмчилгээ шаардлагатай			<input type="checkbox"/> дараагийн шинжилгээний үеэр шалгаж үзэх <input type="checkbox"/> биеийн тамираар хичээллэж хоолны дэглэм барьж 2–3сарын дараа дахин шинжилгээ хийх <input type="checkbox"/> эмэн эмчилгээ шаардлагатай		
Мэдрэхүйн согог(70настай ба 74настай)	<input type="checkbox"/> шинж тэмдэг илрээгүй(0–5оноо) <input type="checkbox"/> мэдрэхүйн үйл ажиллагааны сулрал(6–30оноо, нэмэлт үзлэг болон зөвөлгөө шаардлагатай)					

Нэгдсэн зөвөлгөө

Сахарын шижин өвчний дүгнэлт	<input type="checkbox"/> хэвийн <input type="checkbox"/> хоол идээгүй байх үеийн цусан дах сахарын согог <input type="checkbox"/> сахарын шижин өвчин	дүгнэлт гаргасан огноо	он сар өдөр
өндөр даралтын дүгнэлт	<input type="checkbox"/> хэвийн <input type="checkbox"/> өндөр даралтын өмнөх үе <input type="checkbox"/> өндөр даралт	шинж илгээ хийсэн эмч	(гарын үсэг)

- * Эрүүл мэндийн шинжилгээний хариуны дагуу эрүүл мэндийн олговор шаардлагатай тохиолдолд "эрүүл мэндийн олговрын тухай хуулийг хэрэгжүүлэх журам"-ийн 3дугаар зүйлд заасны дагуу эрүүл мэндийн олговрын нөхцөлийн дагуу үзлэгт орох ёстой ба эрүүл мэндийн олговрын байгууллагын сонголтонд хамрагдагч этгээд нь өөрийн сонгосон эрүүл мэндийн нөхөн олговрын байгууллагатаа эхлээд үзүүлэх хэрэгтэй.
- * Эрүүл мэндийн шинжилгээгээр бүхий л өвчин эмгэг шийдвэрлэгдэх боломжгүй тул шинж тэмдэг илэрч буй(гэнэтийн биеийн жингийн их хэмжээний өөрчлөлт гэх мэт) бол шууд эмчийн зөвөлгөө авахыг хүсч байна.

Таны эрүүл мэндийн шинжилгээний хариуг дээрхтай адил мэдэгдэж байна.

он сар өдөр

Эрүүл мэндийн

Эрүүл мэндийн

олговрын

байгууллагын

байгууллагын тэмдэг

нэр

Шилжилтийн үеийн эрүүл мэндийн оношлогооны хариу(1дэх шатны шинжилгээ, 40нас)

Овог нэр		Регистерийн дугаар	- 1(2) * * * * *	Байгууллагын нэр(тэмдэг)
Оношлогоо хийлгэсэн огноо	он	сар	өдөр	оношлогоо хийлгэсэн газар
				<input type="checkbox"/> эмнэлэгт <input type="checkbox"/> явуулын эмнэлэгт

үзлэг	өвчний түүх	онош авсан эсэх		гэмтэл болон гэмтэлийн зовиур	болон дараах	
		эмэн эмчилгээ хийлгэсэн эсэх	энгийн байдал			
ялгаа	илрүүлэхийг зорьж буй өвчин	шинжилгээний төрлүүд		хариу	харьцуулан үзэх түвшин хэвийн А (эрүүл мэнд зүгээр) хэвийн В (анхааруулга) (эрүүл мэндэд нь илэрсэн зүйл байхгүй ба өөртөө анхаарал тавих болон урьдчилан сэргийлэх шаардлагатай)	
Тооцоолт шинжилгээ	таргалалт	бисийн өндөр		см	эр 90доош/эм 85доош	
		бисийн жин		kg		
		бэлхүүсний тойрог		см		-
		BMI үзүүлэлт		kg/m2		18.5-24.9
	харааны өөрчлөлт	хараа(зүүн/баруун)		/	18.5доош / 25-29.9	
	сонголын өөрчлөлт	сонсгол(зүүн/баруун)		/		
шээс	өндөр даралт	даралт(дээд/доод)		/ mmHg	120бага / 80бага	
	бөөрний эмгэг	шээсний уураг			иhrэлгүй	
Цусны шинжилгээ	цус багадалт	гемоглобин		g/dL	эр: 13-16.5 эм:12-15.5	
	сахарын шижин	хооллоогүй үеийн цусан дах сахар		mg/dL	эр: 100 аас доош эм: 100-125	
	өндөр даралт, цусан дахь холестеролийн өөрчлөлт, судас хатуурах	нийт холестерол		mg/dL	200 доош	200-239
		HDL-холостерол		mg/dL	60 дээш	40-59
		Triglycerides		mg/dL	150 доош	150-199
		LDL-холостерол		mg/dL	130 доош	130-159
	архагшсан бөөрний өвчин	serum creatinine		mg/dL	1.5 доош	-
		GFR		mL/min/1.73m2	60 дээш	-
	элэгний өвчин	AST(SGOT)		U/L	40 доош	41-50
		ALT(SGPT)		U/L	35 доош	36-45
		Gamma GTP(γ-GTP)		U/L	эр: 11-63, эм : 8-35	эр: 64-77, эм : 36-45
		В хэлбэрийн вирус	эсрэг төрөгч	энгийн		илрэлгүй(-)
нарийвчилсан						
Шинжилгээний хариу		эсрэг биет	энгийн		илрэлтэй(+)	илрэлгүй(-)
	нарийвчилсан		mIU/mL	нарийвчилсан:10дээш	-	
Шинжилгээний хариу		элэгний үрэвсэлтэй, дархлаатай, урьдчилан сэргийлэх тарилгад хамрагдах				
рентген	уушигний сүрьеэ, зүрхний шинжилгээ	цээжний рентген шинжилгээ			хэвийн, идэвхигүй	

Дүнэлт болон авах арга хэмжээ

шийдвэр	<input type="checkbox"/> хэвийн А <input type="checkbox"/> хэвийн Б	шийдвэр гаргасан огноо		он	сар	өдөр
	<input type="checkbox"/> энгийн өвчин ажиглагдаж байна	<u>шинжилгээ хийсэн эмч</u>	эмчийн зөвшөөрлийн дугаар			
	<input type="checkbox"/> өндөр даралт болон сахарын шижин өвчин ажиглагдаж байна(2дах шатны шинжилгээнд хамрагдагч)		эмчийн нэр	(гарын үсэг)		
<input type="checkbox"/> өвчтэй						

- * 1дэх шатны эрүүл мэндийн шинжилгээний шийдвэр хариутай хамааралгүйгээр бүгд 2дах шатны шинжилгээнд хамрагдагч тул мэдэгдэл хүлээн авсан өдрөөс эхлэн 30 хоногийн дотор(дараа жилийн 1сарын сүүл хүртэл) 2дах шатны шинжилгээ болон эрүүл мэндэд үүсч буй аюултай байдлын дүгнэлт зэрэгтэй холбогдуудан зөвөлгөө авахыг хүсч байна.
- * Эрүүл мэндийн шинжилгээний хариу мэдэгдэл дээрх сувилалын олговор шаардлагатай гэсэн эмчийн дүгнэлт тэмдэглэгээ байх тохиолдолд сувилалын олговор хүсэлтийн маягт(эмчийн үзлэгт хамрагдах хүсэлтийн маягт) –аар орлуулагдах ба энэхүү мэдэгдэлийг ашиглан дээд түвшиний нэгдсэн эмнэлэгт үзлэг хийлгэх боломжтой.
- * Эрүүл мэндийн шинжилгээгээр бүхий л өвчин эмгэг шийдвэрлэгдэх боломжгүй тул шинж тэмдэг илэрч буй(гэнэтийн биеийн жингийн их хэмжээний өөрчлөлт гэх мэт) бол шууд эмчийн зөвөлгөө авахыг хүсч байна.
- * Цусны шинжилгээний харьцуулалтын хэмжигдэхүүн(хэвийн А, хэвийн Б) шинжилгээний байгууллага тус шинжилгээний аргачлалаасаа шалтгаанаас өөр байж болно.
- * Цээжний рентген зураг авахад уушигны сүрьеэ өвчнөөр өвдсөн байж болзошгүй гэж оношлогдсон бол аль болох хурдан хугацаанд ойролцоох эмнэлэгт очиж нарийвчлан тодорхойлох шинжилгээ өгөх хэрэгтэй.

Таны эрүүл мэндийн шинжилгээний хариуг дээрхтэй адил мэдэгдэж байна.

он сар өдөр

Сувилалын байгууллагын тэмдэг _____

Шинжилгээний байгууллагын нэр _____

Өвчин тус бүрийн эрүүл мэндэд нөлөөлж буй аюултай байдлын хэмжээ	
Эрүүл мэндэд нөлөөлж буй аюултай байдлын шалтгааныг олж тодруулах	
Эрүүл мэндэд нөлөөлж буй аюултай байдлын шалтгааныг зохицуулах	
Сүүлийн үеийн сэтгэл санааны байдал	<input type="checkbox"/> шинж тэмдэг байхгүй <input type="checkbox"/> 2дах удаагийн эрүүл мэндийн оношлогоонд нэмэлт асуулт болон зөвөлгөө шаардлагатай
Нэгдсэн дүгнэлт	

※ Энэхүү дүгнэлтийн хариуны талаар 2дахь удаагийн эрүүл мэндийн оношлогооны үеэр эмчээс тодорхой тайлбар авч болно.

Шилжилтийн үеийн эрүүл мэндийн оношлогооны хариуны хуудас(1дэх удаагийн шинжилгээ, ббнас)

Овог нэр		Регистрийн дугаар	– 1(2) * * * * *		Байгууллагын нэр(тэмдэг)
Оношлогоо хийлгэсэн огноо	он	сар	өдөр	оношлогоо хийлгэсэн газар	<input type="checkbox"/> эмнэлэгт <input type="checkbox"/> явуулын эмнэлэгт

Үзлэг	Өвчний түүх	Онош авсан эсэх		Гэмтэл болон гэмтлийн дараах шинж тэмдэг			
		ЭМН	ЭМЧИЛГЭЭ ХИЙЛГЭСЭН ЭСЭХ				
Амьдралын зуршил			Энгийн байдал				
Ялгаа	илрүүлэхийг зорьж буй өвчин	шинжилгээний төрлүүд		хариу	харьцуулан үзэх түвшин		
Тооцоолт шинжилгээ	таргалалт	биеийн өндөр		см			
		биеийн жин		kg			
		бэлхүүсний тойрог		см	эр 90доош/эм 85доош	-	
		BMI үзүүлэлт		kg/m2	18.5–24.9	18.5доош / 25–29.9	
	харааны өөрчлөлт	хараа(зүүн/баруун)		/			
	сонсголын өөрчлөлт	сонсгол(зүүн/баруун)		/			
Биийн үйл ажиллагаа	юмнаас унах	доод хэсгийн үйл ажиллагаа(босч 3м алхаад буцаж ирээд суух)		явган алхах доройтол (байгаа/ байхгүй)	10сек	11–19секунд	
		тэнцвэр тэй байдал	нүдээ аниад		сек	15секундээс дээш	6–14сек
			нүдээ нээгээд		сек	20секундээс доош	10–19сек
Шээс	бөөрний эмгэг	шээсний уураг		илрэлгүй	бага зэрэг ±		
Цусны шинжилгээ	цус багадалт	гемоглобин		g/dL	эр: 13–16.5 эм:12–15.5	эр : 12–12.9 эм : 10–11.9	
	сахарын шижин	хооллоогүй үеийн цусан дах сахар		mg/dL	100 аас доош	100–125	
	өндөр даралт, цусан дахь холестеролийн өөрчлөлт, судас хатуурах	нийт холестерол		mg/dL	200 доош	200–239	
		HDL-холестерол		mg/dL	60 дээш	40–59	
		Triglycerides		mg/dL	150 доош	150–199	
		LDL-холестерол		mg/dL	130 доош	130–159	
	архагшсан бөөрний өвчин	serum creatinine		mg/dL	1.5 доош	-	
		GFR		mL/min/1.73m2	60 дээш	-	
	Элэгний үйл ажиллагаа	AST(SGOT)		U/L	40 доош	41–50	
		ALT(SGPT)		U/L	35 доош	36–45	
Gamma GTP(γ-GTP)		U/L	эр: 11–63, эм : 8–35	эр: 64–77, эм : 36–45			
Рентген	уушгийн сүрьеэ, зүрхний өвчин	цээжний рентген шинжилгээ		хэвийн, идэвхигүй	-		
	ясны сийрэгжилт	ясны сийрэгжилтийн шинжилгээ		T-оноо -1.0 дээш мөн 120mg/cm ² давсан бол	T-оноо - 1.0 доош ~ -2.5 хэтрэх мөн 80–120mg/cm ²		

Дүнэлт болон авах арга хэмжээ					
Шийдвэр	<input type="checkbox"/> хэвийн А	<input type="checkbox"/> хэвийн Б	шийдвэр гаргасан огноо		он сар өдөр
	<input type="checkbox"/> энгийн өвчин ажиглагдаж байна		шинжилгээ хийсэн эмч	эмчийн зөвшөөрлийн дугаар	(гарын үсэг)
	<input type="checkbox"/> өндөр даралт болон сахарын шижин өвчин ажиглагдаж байна(2дах шатны шинжилгээнд хамрагдагч)			эмчийн нэр	
<input type="checkbox"/> өвчтэй					

- * 1дэх шатны эрүүл мэндийн шинжилгээний шийдвэр хариутай хамааралгүйгээр бүгд 2дах шатны шинжилгээнд хамрагдагч тул мэдэгдэл хүлээн авсан өдрөөс эхлэн 30 хоногийн дотор(дараа жилийн 1сарын сүүл хүртэл) 2дах шатны шинжилгээ болон эрүүл мэндэд үүсч буй аюултай байдлын дүгнэлт зэрэгтэй холбогдуулан зөвөлгөө авахыг хүсч байна.
- * Эрүүл мэндийн шинжилгээний хариу мэдэгдэл дээрх сувилалын олговор шаардлагатай гэсэн эмчийн дүгнэлт тэмдэглэгээ байх тохиолдолд сувилалын олговор хүсэлтийн маягт(эмчийн үзлэгт хамрагдах хүсэлтийн маягт) –аар орлуулагдах ба энэхүү мэдэгдэлийг ашиглан дээд түвшиний нэгдсэн эмнэлэгт үзлэг хийлгэх боломжтой.
- * Эрүүл мэндийн шинжилгээгээр бүхий л өвчин эмгэг шийдвэрлэгдэх боломжгүй тул шинж тэмдэг илэрч буй(гэнэтийн биеийн жингийн их хэмжээний өөрчлөлт гэх мэт) бол шууд эмчийн зөвөлгөө авахыг хүсч байна.
- * Цусны шинжилгээний харьцуулалтын хэмжигдэхүүн(хэвийн А, хэвийн Б) шинжилгээний байгууллага тус шинжилгээний аргачлалаасаа шалтгаанаас өөр байж болно.
- * Цээжний рентген зураг авахад уушгны сүрьеэ өвчнөөр өвдсөн байж болзошгүй гэж оношлогдсон бол аль болох хурдан хугацаанд ойролцоо эмнэлэгт очиж нарийвчлан тодорхойлох шинжилгээ өгөх хэрэгтэй.

Таны эрүүл мэндийн оношлогооны хариуг дээрхтэй адил мэдэгдэж байна.

он сар өдөр

Сувилалын байгууллагын тэмдэг

Шинжилгээний байгууллагын нэр

Өвчин тус бүрийн аюултай байдалын түвшин		
Эрүүл мэндэд нөлөөлөх аюултай байдлын шалтгааныг олж мэдэх		
Эрүүл мэндэд нөлөөлж буй аюултай байдлын шалтгааныг зохицуулах		
Сүүлийн үеийн сэтгэл санааны байдал болон мэдрэхүйн үйл ажиллагааны доройтолын шинжилгээний хариу	сүүлийн үеийн сэтгэл санааны байдал	<input type="checkbox"/> шинж тэмдэг байхгүй (асуултын хуудасны 3дугаар асуултын 3 хариултанд бүгдэд нь "үгүй") <input type="checkbox"/> 2дах удаагийн эрүүл мэндийн оношлогооны үеэр нэмэлт тодруулга болон зөвөлгөө шаардлагатай (асуултын хуудасны 3дугаар асуултын 3 хариултан дунд "тийм" гэсэн хариулт 1ба түүнээс дээш байх тохиолдолд
	Мэдрэхүйн үйл ажиллагааны доройтол	<input type="checkbox"/> Шинж тэмдэг байхгүй (Асуултын хуудасны 7дугаар асуултын онооны нийлбэр 0–3оноо) <input type="checkbox"/> 2дах удаагийн эрүүл мэндийн оношлогооны үеэр нэмэлт тодруулга болон зөвөлгөө шаардлагатай (Асуултын хуудасны 7дугаар асуултын онооны нийлбэр 4–10оноо) (* оноо тооцоолох цалуур - ① үгүй :0оноо, ② заримдаа(бага зэрэг) тийм : 1оноо, ③ байнга(маш их) тийм : 2оноо)
Өвчинөөс урьдчилан сэргийлэх болон өдөр тутмын амьдралын чадварын дүгнэлт	<input type="radio"/> Ханиад томуунаас урьдчилан сэргийлэх тарилга <input type="radio"/> Юмнаас унах аюул(юмнаас унаж байсан эсэх) <input type="radio"/> Шээхэд өвдөх эмгэг <input type="radio"/> Яр сийрэгжилтийн аюул(эмэгтэйчүүд) <input type="radio"/> Өдөр тутмын амьдрах чадвар	<input type="checkbox"/> хэвийн <input type="checkbox"/> хөнгөн шинж тэмдэг <input type="checkbox"/> хүндэвтэр шинж тэмдэг <input type="checkbox"/> эцсийн хүнд шинж тэмдэг <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй
Ахмадуудын бие махбодын үйл ажиллагааны дүгнэлт	<input type="radio"/> хараа : <input type="checkbox"/> хэвийн <input type="checkbox"/> хараа муудсан <input type="radio"/> сонсгол : <input type="checkbox"/> хэвийн <input type="checkbox"/> сонсгол муудсан <input type="radio"/> үйл ажиллагааны шинжилгээ : <input type="checkbox"/> хэвийн <input type="checkbox"/> хөнгөн шинж чанар <input type="checkbox"/> хүнд шинж чанар	
Нэгдсэн дүгнэлт		

※ Энэхүү дүгнэлтийн хариугай холбогдуулан 2дах удаагийн эрүүл мэндийн оношлогооны үеэр эмчээсээ тодорхой тайлбар сонсох боломжтой.

Шилжилтийн насны эрүүл мэндийн оношлогооны хариу(2дах удаагийн шинжилгээ)

Овог нэр		Регистрийн дугаар	- 1(2) * * * * *
оношлогооны огноо		оношлогоо хийгдсэн газар	<input type="checkbox"/> эмнэлэгт <input type="checkbox"/> явуулын эмнэлэгт

1дэх удаагийн шинжилгээний хариуны товчлол(өвчин турс бүрээр шинжилгээний төрлүүдэд шинж тэмдэг илрэлтэй дүгнэтэнд тулгуурлан тэмдэглэгээ хийх)

Сахарын шинжин, өндөр даралт 2дах удаагийн шинжилгээний хариу

ялгаа	<input type="checkbox"/> Сахарын шинжин			<input type="checkbox"/> өндөр даралт		
оношлын шинжилгээ	хоол идээгүй байх үеийн цусан дах сахарын хэмжээ mg/dl			хэмжигдсэн даралт : mmHg		
Шинжилгээний хариуг харьцуулж үзэх түвшин	хэвийн	хоол идээгүй байх үеийн цусан дах сахарын доройтол	сахарын шинжин өвчин	хэвийн	өндөр даралтын өмнөх үе	өндөр даралт
	100доош	100-125	126 дээш	агших үед 120 доош мөн тэлэх үед 80доош	агших үед 120-139 мөн тэлэх үед 80-89	агших үед 140 дээш мөн тэлэх үед 90 дээш
Эмчилгээний төлөвлөгөө	<input type="checkbox"/> Дараагийн шинжилгээний үед шалгах <input type="checkbox"/> Биеийн тамираар хичээллэж, хоолны дэглэм барьсны дараагаар 2-3сарын дараа дахин шинжилгээ хийх <input type="checkbox"/> Эмэн эмчилгээ шаардлагатай			<input type="checkbox"/> Дараагийн шинжилгээний үед шалгах <input type="checkbox"/> Биеийн тамираар хичээллэж, хоолны дэглэм барьсны дараагаар 2-3сарын дараа дахин шинжилгээ хийх <input type="checkbox"/> Эмэн эмчилгээ шаардлагатай		

Амьдралын зуршлийн дүгнэлтийн хариу

ялгаа (нийт оноо)	төрлүүд	дүгнэлт болон эмчилгээ зааварчилгаа				
Тамхи таталт _____ оноо	Никотин ий хэмжээ	<input type="checkbox"/> бага(0-3оноо) <input type="checkbox"/> дунд зэрэг(4-6оноо) <input type="checkbox"/> өндөр(7-10оноо)				
	эмчилгээ зааварчилгаа	<input type="checkbox"/> зөвөлгөө авах болон сургалт <input type="checkbox"/> Никотин орлуулах арга(бохь, наалт, чихэр гэх мэт) <input type="checkbox"/> холбох(тамхинаас гаргах эмчилгээ болон тамхинаас гаргах үйлчилгээний төв)				
Архи ууд _____ оноо	дүгнэлт	<input type="checkbox"/> Тохирсон хэмжээгээр уух <input type="checkbox"/> аюултай хэмжээгээр уух <input type="checkbox"/> өндөр аюултай хэмжээгээр уух(Алкоголийг буруу хэрэглэх, алкогольд тулгуурлаж амьдрах)				
	эмчилгээ	<input type="checkbox"/> зөвөлгөө авах болон сургалт <input type="checkbox"/> эмэн эмчилгээ <input type="checkbox"/> холбох(архинаас гаргах байгууллага, архинаас гаргах эмчилгээ)				
Дасгал сургуулилт _____ оноо	дүгнэлт	<input type="checkbox"/> дутагдмал <input type="checkbox"/> энгийн <input type="checkbox"/> хангалттай				
	эмчилгээ	төрөл	<input type="checkbox"/> хурдан алхах <input type="checkbox"/> усанд сэлэх <input type="checkbox"/> ууланд гарах <input type="checkbox"/> аеробик <input type="checkbox"/> хөнгөн дасгал <input type="checkbox"/> булчингийн дасгал <input type="checkbox"/> бусад () <input type="checkbox"/> холбох			
		цаг	<input type="checkbox"/> 10мин <input type="checkbox"/> 15+30мин <input type="checkbox"/> 30мин дээш <input type="checkbox"/> бусад			
		давтамж	<input type="checkbox"/> долоо хоногт 1-2удаа <input type="checkbox"/> долоо хоногт 3-4удаа <input type="checkbox"/> долоо хоногт 5удаа			
хоол тэжээл _____ оноо	дүгнэлт	<input type="checkbox"/> муу <input type="checkbox"/> хэвийн <input type="checkbox"/> сайн				
	эмчилгээ	<input type="checkbox"/> илүү идээрэй. (<input type="checkbox"/> сүүн бүтээгдэхүүн <input type="checkbox"/> уургийн төрлийн бүтээгдэхүүн <input type="checkbox"/> ногоо болон жимс) <input type="checkbox"/> багасгаарай. (<input type="checkbox"/> тослог <input type="checkbox"/> чихэрлэг <input type="checkbox"/> давслаг(давс)) <input type="checkbox"/> Зөв хооллолт (<input type="checkbox"/> өглөөнийхөө цайг заавал уух <input type="checkbox"/> төрөл төрлийн зүйлсийг хольж идэх) <input type="checkbox"/> холбох(хоол тэжээлийн сургалтын төв)				
Таргалалт	дүгнэлт	биеийн харьцааны үзүүлэлт				бэлхүүсний тойрог
		<input type="checkbox"/> бага жинтэй <input type="checkbox"/> хэвийн жинтэй <input type="checkbox"/> таргалалт <input type="checkbox"/> хэт таргалалт				<input type="checkbox"/> хэвлийн таргалалт
	эмчилгээ	<input type="checkbox"/> Хоолныхоо хэмжээг багасгаарай. <input type="checkbox"/> Хөнгөн хоол болон оройн цагаар идэхээ багасгаарай. <input type="checkbox"/> архи уух хэмжээ болон давтамжаа багасгаарай. <input type="checkbox"/> Гадуур хооллолт болон түргэн хоол идэхээ багасгаарай. <input type="checkbox"/> Биеийн тамираар хичээллэх эмчилгээний аргатай танилцаарай. <input type="checkbox"/> холбох(таргалалтын эсрэг эмчилгээ) <input type="checkbox"/> бусад()				

Сэтгэл мэдрэлийн эрүүл мэндийн шинжилгээний хариу			
сэтгэл санааны гутралын шинж тэмдэг(40настай)		<input type="checkbox"/> шинж тэмдэг байхгүй (0–20оноо) <input type="checkbox"/> тусгаарлах байдал(21–24оноо) <input type="checkbox"/> гутралын шинж тэмдэг ажиглагдаж байна(25–60оноо, нэмэлт үзлэг болон зөвөлгөө шаардлагатай)	
сэтгэл санааны гутралын шинж тэмдэг (6бнас)		<input type="checkbox"/> шинж тэмдэг байхгүй(0–9оноо) <input type="checkbox"/> тусгаарлах байдал(10–11оноо) <input type="checkbox"/> гутралын шинж тэмдэг ажиглагдаж байна(12–15оноо, нэмэлт үзлэг болон зөвөлгөө шаардлагатай)	
мэдрэхүйн үйл ажиллагаан доройтол (6бнас)		<input type="checkbox"/> шинж тэмдэг байхгүй(0–5оноо) <input type="checkbox"/> мэдрэхүйн үйл ажиллагааны доройтол(6–30оноо, нэмэлт үзлэг болон зөвөлгөө шаардлагатай)	
Сахарын шижин өвчинтэй эсэх шийдвэр	<input type="checkbox"/> хэвийн <input type="checkbox"/> хоол идээгүй байх үеийн цусан дах сахарын доройтол <input type="checkbox"/> сахарын шижин өвчин	шийдвэр гарсан огноо	он сар өдөр
өндөр даралттай эсэх шийдвэр	<input type="checkbox"/> хэвийн <input type="checkbox"/> өндөр даралтын өмнөх үе <input type="checkbox"/> өндөр даралт	шинжилгээ хийсэн эмч	зөвшөөрлийн дугаар эмчийн нэр (гарын үсэг)
Нэгдсэн санамж зөвөлгөө			
<p>※ Эрүүл мэндийн оношлогооны хариун дээрх мэдэгдэлд сувилалын олговор шаардлагатай гэсэн эмчийн тэмдэглэгээ байгаа тохиолдолд сувилалын олговор олгохын хүссэн маягт(үзлэг хийж өгөхийг хүссэн маягт) –аар орлуулж энэхүү мэдэгдэлээ ашиглан Дээд түвшиний нэгдсэн эмнэлэгт үзүүлэх боломжтой.</p> <p>※ Эрүүл мэндийн оношлогоогоор бүхий л өвчнийг тодруулах боломжгүй тул илэрч буй шинж тэмдэг(гэнэтийн их хэмжээний биеийн жингийн өөрчлөлт гэх зэрэг) байх тохиолдолд эмчээс зөвөлгөө авахыг сануулж байна.</p> <p>Таны эрүүл мэндийн шинжилгээний хариуг дээрхтэй адил мэдэгдэж байна.</p> <p style="text-align: center;">он сар өдөр</p> <p>Сувилалын байгууллагын тэмдэг _____ Шинжилгээ хийлгэсэн байгууллагын нэр _____</p>			

Амны хөндийн шинжилгээний хариу

энгийн эрүүл мэндийн шинжилгээ шилжилтийн үеийн эрүүл мэндийн оношлогоо

овог нэр		регистрийн дугаар	- 1(2) * * * * *
шинжилгээний огноо	он сар өдөр	эрүүл мэндийн шинжилгээ хийлгэсэн газар	<input type="checkbox"/> эмнэлэгт <input type="checkbox"/> явуулын эмнэлэгт

ялгаа	холбогдох өвчин	шинжилгээний төрөл	шинжилгээний хариу	бусад дүгнэлт
шүдний шинжилгээ	шүд хорхой идэлт	хорхой идсэн	шүдний толгой) <input type="checkbox"/> байхгүй <input type="checkbox"/> байгаа шүдний ёзоор <input type="checkbox"/> байхгүй <input type="checkbox"/> байгаа	
		амны хөндийн үйл ажиллагааны доройтол	шүд унасан <input type="checkbox"/> байхгүй <input type="checkbox"/> байгаа	
	шүдний эмтрэл	эмтрэх өвчин <input type="checkbox"/> байхгүй <input type="checkbox"/> байгаа		
	шүд хорхой идэх, шүдний үрэвсэл	араа шүд(агт араа) <input type="checkbox"/> хэвийн <input type="checkbox"/> хэвийн бус		
шүдний ойролцоох эдийн шинжилгээ	шүдний ойролцоох эдийн өвчин(буйлны өвчин)	үрэвсэлийн хэмжээ	<input type="checkbox"/> байхгүй <input type="checkbox"/> буйлны үрэвсэл <input type="checkbox"/> эрүү шүдний үрэвсэл	
		шүдний чулуу	<input type="checkbox"/> байхгүй <input type="checkbox"/> байгаа	
хиймэл шүд, шүдний бэхлэгээний шинжилгээ	амны хөндийн үйл ажиллагааны доройтол	суулгаж тогтоосон бэхлэгээний байдал	<input type="checkbox"/> сайн <input type="checkbox"/> засвар болон дахин хийлгэх шаардлагатай <input type="checkbox"/> бэхлэгээ бахйгүй	
		хиймэл шүдний байдал	<input type="checkbox"/> сайн <input type="checkbox"/> засвар болон дахин хийлгэх шаардлагатай <input type="checkbox"/> хиймэл шүд байхгүй	
амны хөндийн зөөлөн эдийн шинжилгээ	амны хөндийн зөөлөн эдийн шинжилгээ	амны хөндийн зөөлөн эдийн гэмтэл	<input type="checkbox"/> байхгүй <input type="checkbox"/> байгаа	

шүдний гадаргуугын бактерийн шинжилгээ	* Энэхүү шинжилгээний тохиолдолд шилжилтийн үеийн эрүүл мэндийн оношлогоо 40настай хүнд хамаарна.		шийдвэрийн түвшин	
	хорхой идсэн шүд, буйлны өвчин	баруун дээд араа(16дах) бактерийн хамгаалалт	() оноо	сайн(1онооноос доош), энгийн(1+3онооноос доош), муу(3онооноос дээш) * дундаж оноо = шүд тус бүрийн оноо / шинжилгээнд хамрагдсан шүдний тоо
		баруун дээд дунд шүд(11дэх) бактерийн хамгаалалт	() оноо	
		зүүн дээд араа(26дах) бактерийн хамгаалалт	() оноо	
		зүүн доод араа(36дах) бактерийн хамгаалалт	() оноо	
		зүүн доод дунд шүд(31дэх) бактерийн хамгаалалт	() оноо	
		баруун доод араа(46дах) бактерийн хамгаалалт	() оноо	
дунджаар	() оноо			

нэгдсэн дүгнэлт болон авах арга хэмжээ	Нэгдсэн дүгнэлт		нэмэлт авах арга хэмжээ
	1	Одоогийн байдлаар шүд болон амны хөндий эрүүл.	
	2	Шүдээ зөв угаах аргын талаар сургалтанд хамрагдах шаардлагатай.	
	3	Хорхой идсэн шүд эмчлүүлэх шаардлагатай.	
	4	Шүд цэвэрлэх(скэйлинг) шаардлагатай.	
	5	Буйлны өвчинд зориулсан эмчилгээ хийлгэх шаардлагатай.	
	6	Шүдээ авахуулах шаардлагатай.	
	7	Шүд хийлгүүлэх(шүдний бэхлэгээ) шаардлагатай.	
	8	Шүдний бэхлэгээг засварлах эсвэл дахин хийлгэх шаардлагатай.	
	9	амны хөндийн зөөлөн эдтэй холбогдсон нарийвчилсан шинжилгээ хийлгэх шаардлагатай	
10	Бусад :	шаардлагатай.	

шинжилгээг хийсэн	зөвшөөрлийн дугаар	шинжилгээний эмч	үсэг) (г а р ы н
он сар өдөр			

сувилалын байгууллагын тэмдэг

шинжилгээ хийсэн байгууллагын нэр

Ходоодны хорт хавдарын шинжилгээний хариуны хуудас

овог нэр		регистрийн дугаар		- 1(2)*****	
анг илал	шинжилгээний төрлүүд (шинжилгээний өдөр)		хариу		шийдвэр *шийдвэрийн ангилалын дагуу шийдвэрийн түвшинг тэр хэвээр нь тэмдэглэх
ХОД ООДНЫ ХОРТ ХАВДАР	шинжилгээний нэр (он сар өдөр)	дүгнэлт (өвчний байрлал) * дүгнэлтийн дагуу өвчний байрлаж байгаа хэсгийг тэмдэглэх			
	*дэд тал нь 2төрөл(ходоодны рентген зуургын шинжилгээ, ходоодны дуран шинжилгээ)	эсийн оношлогоо *эсийн оношлогоог хийгээгүй тохиолдолд устгах			
санал зөвлөмж					
шийдвэр гарсан өдөр	он сар өдөр	шинжилгээ хийсэн эмч	зөвшөөрлийн дугаар		
			эмчийн нэр	(гарын үсэг)	

Ходоодны хорт хавдарын шинжилгээний хариу мэдэгдэл

- * Эрүүл мэндийн оношлогооны хариун дээрх мэдэгдэлд сувилалын олговор шаардлагатай гэсэн эмчийн тэмдэглэгээ байгаа тохиолдолд сувилалын олговор олгохын хүссэн маягт(үзлэг хийж өгөхийг хүссэн маягт) –аар орлуулж энэхүү мэдэгдэлээ ашиглан Дээд түвшиний нэгдсэн эмнэлэгт үзүүлэх боломжтой.
- * Ходоодны хорт хавдар нь манай улсын хорт хавдарын үүслийн дундаас 1дүгээрт ордог бөгөөд ээлжит шинжилгээгээр анхан шатанд нь илрүүлэх боломжтой ба хэрвээ анхан шатанд нь илрүүлсэн тохиолдолд дурангын эмчилгээ болон мэс засал гэх мэт аргуудаа бүрэн эмчилэх боломжтой хавдар юм.
- * Ходоодны хавдар нь 40наснаас дээш эрчимтэй нэмэгддэг бөгөөд онцгой шинж чанар байхгүй илрээгүй байлаа ч 40настай эрэгтэй эмэгтэй бүх хүмүүс 2 жилд нэг удаа ходоодны рентген зургын шинжилгээ болон ходоодны дурангын шинжилгээ өгч байхыг зөвлөж байна.
- * Ходоодны шинжилгээний хариу нь хэвийн гэж гарсан байлаа ч гэдэс өвдөх, дотор гашуун оргих зэрэг шинж тэмдэг байгаа тохиолдолд эмчээс зөвөлгөө авах шаардлагатай ба шинжилгээний хариу нь хэвийн гэдгээс өөр хариу шийдвэр авсан тохиолдолд санал зөвлөмжийн дагуу арга хэмжээ авахыг хүсч байна.

Таны ходоодны хорт хавдарын шинжилгээний хариуг дээрхтэй адил мэдэгдэж байна.

сувилалын байгууллагын
тэмдэг

шинжилгээ хийсэн
байгууллагын нэр

он сар өдөр

* Хорт хавдарын хариуны мэдэгдэл нь хавсралтан дахь хорт хавдарын шинжилгээний хариу тэмдэглэлийн хуудсан дээр тулгуурлан шинжилгээний төрлүүдээс шалтгаалан өөрчлөн үйлдэнэ.

Элэгний хорт хавдарын шинжилгээний хариу

овог нэр		регистерийн дугаар	- 1(2)*****	
ангила	шинжилгээний төрлүүд (шинжилгээний өдөр)	хариу	шийдвэр <small>*шийдвэрийн ангилалын дагуу шийдвэрийн түвшинг тэр хэвээр нь тэмдэглэх</small>	
ЭЛЭГНИ ХОРТ ХАВДАР	Шинжилгээний нэр (он сар өдөр)			
	<small>*дээд тал нь Шинжилгээ(элэг цөсний эмгэгийн шинжилгээ 2+3ц элэгний эхо, хэвлий дэх хүүхдийн цусан дах уургын хэмжээг тодорхойлдогAFP)</small>			
	санал зөвлөмж			
шийдвэр гарсан өдөр	он сар өдөр	шинжилгээ хийсэн эмч	зөвшөөрлийн дугаар	
			эмчийн нэр	(гарын үсэг)

Элэгний хорт хавдарын шинжилгээний хариу

- * Хорт хавдарын шинжилгээний хариун дээр сувилалын олговор шаардлагатай гэсэн эмчийн тэмдэглэгээ байгаа тохиолдолд сувилалын олговор олгохын хүссэн маягт(үзлэг хийж өгөхийг хүссэн маягт) –аар орлуулж энэхүү мэдэгдэлээ ашиглан Дээд түвшиний нэгдсэн эмнэлэгт үзүүлэх боломжтой.
- * Элэгний хорт хавдарын шинжилгээ нь 40 ба түүнээс дээш настай амархан өртөх(элэг цөсний өвчин, 간경변증ь элэгний В вирусны эсрэг төрөгчийн илрэл, С вирусны эсрэгбиетийн илрэл, В болон С вирус бүхий элэгний архаг өвчтэй хүн) магадлалтай хүмүүс нь жилд 1удаа тогтмол шинжилгээ(элэгний эко шинжилгээ болон хэвлий дэх хүүхдийн цусан дах уургын хэмжээг тогтоох) –г хийлгэж байхыг санал оруулан зөвлөж байна.
- * элэгний хорт хавдарын шинжигээгээр бүхий л төрлийн хорт хавдарыг ялган оношлох боломжгүй тул ямар нэгэн шинж тэмдэг илэрч буй(гэнэтийн их хэмжээний биеийн жингийн өөрчлөлт) бол шууд эмчийн зөвөлгөө авах шаардлагатай ба, шинжилгээний хариунд хэвийн бус гэсэн хариу авсан бол санал зөвлөмжийн дагуу арга хэмжээ авахыг хүсч байна.

Таны элэгний хорт хавдарын шинжилгээний хариуг дээрхтэй адил мэдэгдэж байна.

он сар өдөр

сувилалын

шинжилгээ хийсэн

байгууллагын тэмдэг

байгууллагын нэр

* Хорт хавдарын хариуны мэдэгдэл нь хавсралтан дахь хорт хавдарын шинжилгээний хариу тэмдэглэлийн хуудсан дээр тулгуурлан шинжилгээний төрлүүдээс шалтгаалан өөрчлөн үйлдэнэ.

Бүдүүн гэдэсний хорт хавдарын шинжилгээний хариу

овог нэр		регистерийн дугаар		- 1(2)*****	
анг илал	шинжилгээний төрлүүд (шинжилгээний өдөр)		хариу	шийдвэр *шийдвэрийн ангилалын дагуу шийдвэрийн түвшинг тэр хэвээр нь тэмдэглэх	
Бүдүүн гэдэсний	шинжилгээний нэр (он сар өдөр)	дүгнэлт (өвчтэй хэсгийн байршил) *Өтгөний шинжилгээ л зөвхөн хийлгэсэн тохиолдолд дүгнэлт(өвчтэй хэсгийн байршил байхгүй) *шинжилгээний хариуг уншиж гаргасан дүгнэлтийн дагуу хаалтанд өвчтэй хэсгийн байршилыг тэмдэглэх			
	*дээд тал нь Шинжилгээ(Өггөний шинжилгээ) Бүдүүн гэдэсний рентген зурагын шинжилгээ, бүдүүн гэдэсний дурангийн шинжилгээ)	эсийн оношлогоо			
гэдэсний		*эсийн оношлогоо хийхгүй устгах			
хорт хавдар	Санал болон зөвлөмж				
	шийдвэр гарсан өдөр	он сар өдөр	шинжилгээ хийсэн эмч	зөвшөөрлийн дугаар	
				эмчийн нэр	(гарын үсэг)

Бүдүүн гэдэсний хорт хавдарын шинжилгээний хариу

- * Хорт хавдарын шинжилгээний хариун дээр сувилалын олговор шаардлагатай гэсэн эмчийн тэмдэглэгээ байгаа тохиолдолд сувилалын олговор олгохын хүссэн маягт(үзлэг хийж өгөхийг хүссэн маягт) –аар орлуулж энэхүү мэдэгдэлээ ашиглан Дээд түвшиний нэгдсэн эмнэлэгт үзүүлэх боломжтой.
- * Сүүлийн үед маш ихээр нэмэгдэж байгаа бүдүүн гэдэсний хорт хавдар нь ээлжит шинжилгээгээр дамжуулан анхан шатанд нь илрүүлэх боломжтой бөгөөд анхан шатанд нь илрүүлсэн тохиолдолд дурангийн эмчилгээ болон мэс заслаар бүрэн эмчлэх боломжтой.
- * Бүдүүн гэдэс нь 50 ба түүнээс дээш насны эр эм бүх хүмүүс жил бүр Өтгөний шинжилгээ шинжилгээнд хамрагдаж байхыг зөвлөж байна. Өтгөний шинжилгээ шинжилгээгээр ямар нэгэн шинж тэмдэг илэрсэн тохиолдолд бүдүүн гэдэсний рентген зурагны шинжилгээ болон бүдүүн гэдэсний дурангийн шинжилгээгээр дамжуулан бүдүүн гэдэсний хорт хавдартэй эсэхээ шалгах боломжтой.
- * Өтгөний шинжилгээ шинжилгээгээр л бүхий л өвчин эмгэгийг оношлох боломжгүй тул Өтгөний шинжилгээ илрэлгүй гэсэн байлаа ч ямар нэгэн өөр шинж тэмдэг(биеийн жингийн өөрчлөлт, өтгөний хэмжээний өөрчлөлт, цустай гарч байгаа эсэх зэрэг) илэрвэл эмчийн зөвлөгөө авах шаардлагатай бөгөөд шинжилгээний хариу хэвийн бус гарсан тохиолдолд санал зөвлөгөөний дагуу арга хэмжээ авахыг хүсч байна.

Таны бүдүүн гэдэсний хорт хавдарын шинжилгээний хариуг дээрхтэй адил мэдэгдэж байна.
он сар өдөр

сувилалын

байгууллагын тэмдэг

шинжилгээ хийсэн

байгууллагын нэр

* Хорт хавдарын хариуны мэдэгдэл нь хавсралтан дахь хорт хавдарын шинжилгээний хариу тэмдэглэлийн хуудсан дээр тулгуурлан шинжилгээний төрлүүдээс шалтгаалан өөрчлөн үйлдэнэ.

Хөхний хот хавдарын шинжилгээний хариу

овог нэр		регистрийн дугаар	- 1(2)*****		
анг илал	шинжилгээний төрлүүд (шинжилгээний өдөр)		хариу	шийдвэр <small>*шийдвэрийн ангилалын дагуу шийдвэрийн түвшинг тэр хэвээр нь тэмдэглэх</small>	
Хөх хорт хавдар	Хөхний зураг авахуулах (он сар өдөр)	шинжилгээний хариу уншиж дүгнэлт гаргах (өвчний байрлал)	Санал зөвлөмж		
		<small>* шинжилгээний хариу дүгнэлтээс шалтгаалан хаалганд өвчний байрлалыг тэмдэглэх</small>			
	шийдвэр гарсан өдөр	он сар өдөр	шинжилгээ хийсэн эмч	зөвшөөрлийн дугаар эмчийн нэр	(гарын үсэг)

Хөхний хорт хавдарын шинжилгээний хариу

- * Хорт хавдарын шинжилгээний хариун дээр сувилалын олговор шаардлагатай гэсэн эмчийн тэмдэглэгээ байгаа тохиолдолд сувилалын олговор олгохын хүссэн маягт(үзлэг хийж өгөхийг хүссэн маягт) –аар орлуулж энэхүү мэдэгдэлээ ашиглан Дээд түвшиний нэгдсэн эмнэлэгт үзүүлэх боломжтой.
- * Сүүлийн үед маш ихээр нэмэгдэж байгаа хөхний хорт хавдар нь ээлжит шинжилгээгээр дамжуулан анхан шатанд нь илрүүлж эмчлэх боломжтой.
- * Хөхний хорт хавдарын анхан шатны шинжилгээг хийлгэхийн тулд 40 ба түүнээс дээш насны эмэгтэй 2жилд нэг удаа хөхний зураг авахуулах шинжилгээ хийлгэж байхыг зөвлөж байна.
- * Хөхний хорт хавдарын шинжилгээний хариугаар хэвийн гэж гарсан ч хөхний мэс засал хийлгэж байсан хүн болон хөхний толгойноос цус гардаг, мөн хөхөнд нь хатуу зүйл баригддаг тэмтрэгддэг хүн заавал эмчээс зөвөлгөө авах шаардлагатай бөгөөд шинжилгээний хариугаар хэвийн бус гэсэн хариу авсан хүн нь санал зөвөлгөөний дагуу арга хэмжээ авахыг хүсч байна.

Таны хөхний хорт хавдарын шинжилгээний хариуг дээрхтэй адил мэдэгдэж байна.

он сар өдөр

сувилалын

шинжилгээ хийсэн

байгууллагын тэмдэг

байгууллагын нэр

* Хорт хавдарын хариуны мэдэгдэл нь хавсралтан дахь хорт хавдарын шинжилгээний хариу тэмдэглэлийн хуудсан дээр тулгуурлан шинжилгээний төрлүүдээс шалтгаалан өөрчлөн үйлдэнэ.

Савны хорт хавдарын шинжилгээний хариу

овог нэр		регистрийн дугаар	- 1(2)*****	
ангилал	шинжилгээний төрлүүд (шинжилгээний өдөр)		хариу	шийдвэр <small>*шийдвэрийн ангилалын дагуу шийдвэрийн түвшинг тэр хэвээр нь тэмдэглэх</small>
Савны хорт хавдар	Савны хорт хавдарын нянгийн шинжилгээ (он сар өдөр)	хэлбэр тус бүрээр оношлох (нянгийн оношлогоо) <small>* биет илрээгүй тохиолдолд хамааралгүй</small>		
	Санал зөвлөмж			
	шийдвэр гарсан өдөр	он сар өдөр	шинжилгээ хийсэн эмч	зөвшөөрлийн дугаар эмчийн нэр (гарын үсэг)

Савны хорт хавдарын шинжилгээний хариу

- * Хорт хавдарын шинжилгээний хариун дээр сувилалын олговор шаардлагатай гэсэн эмчийн тэмдэглэгээ байгаа тохиолдолд сувилалын олговор олгохын хүссэн маягт(үзлэг хийж өгөхийг хүссэн маягт) –аар орлуулж энэхүү мэдэгдэлээ ашиглан Дээд түвшиний нэгдсэн эмнэлэгт үзүүлэх боломжтой.
- * Савны хорт хавдар нь савны амсарын нянгийн шинжилгээгээр дамжуулан анхан шатанд нь илрүүлэх боломжтой бөгөөд анхан шатанд илрүүлсэн тохиолдолд хөнгөн мэс заслын аргаар бүрэн эмчлэх боломжтой.
- * Бэлгийн харьцаанд орсон 30ба түүнээс дээш насны эмэгтэй нь 2жилд нэг удаа савны амсарын нянгийн шинжилгээг хийлгэж байхыг зөвлөж байна.
- * Савны амсарын нянгийн шинжилгээний үр дүнд хэвийн гэсэн хэдий ч хэвийн бус шинж тэмдэг агуулсан савны амсарын цус ялгаралт гэх мэт шинж тэмдэг илэрвэл заавал эмчийн зөвлөгөө авахыг шаардах бөгөөд шинжилгээний үр дүнд хэвийн бус гэсэн хариу авбал санал зөвлөмжийн дагуу арга хэмжээ авахыг хүсье.

Таны савны амсарын хорт хавдарын шинжилгээний хариуг дээрхтэй адил мэдэгдэж байна.

он сар өдөр

сувилалын
байгууллагын тэмдэг

шинжилгээ хийсэн
байгууллагын нэр

* Хорт хавдарын хариуны мэдэгдэл нь хавсралтан дахь хорт хавдарын шинжилгээний хариу тэмдэглэлийн хуудсан дээр тулгуурлан шинжилгээний төрлүүдээс шалтгаалан өөрчлөн үйлдэнэ.

Эрүүл мэндийн шинжилгээний дараах эрүүл мэндийн байдалд зориулан шинжилгээний хариуг ашиглахыг зөвшөөрөх тухай хуудас

*** Мэдээлэл өгөхийг зөвшөөрч буй шинжилгээний**

төрөл тус бүр дээр тэмдэглэгээ хийнэ үү.

- [энгийн эрүүл мэндийн шинжилгээ, шилжилтийн насны эрүүл мэндийн шинжилгээ, хорт хавдарын шинжилгээ, нярай болон бага насны хүүхдийн эрүүл мэндийн шинжилгээ]

Тус зөвшөөрлийн бичиг нь эрүүл мэндийн үзлэгээр өндөр даралт, чихрийн шижин, дислипидэми зэрэг өвчин туссан байх магадлалтай буюу өвчилсөн хүмүүст эрүүл мэндийн төвөөс холбогдох эмнэлэгийн тусламж үйлчилгээ(эрүүл мэндийн зөвлөгөө, сургалт, архи тамхинаас гарах эмчилгээ үйлчилгээ, дасгал, шим тэжээл)үзүүлэхэд ашиглагдах юм.

Зөвшөөрөх хуудсийг бөглөсний дараагаар зөвшөөрөлөө цуцлахыг хүссэн тохиолдолд иргэдийн эрүүл мэндийн даатгалын газарт очих мөн үйлчлүүлэгчидийн төв(1577-1000)-өөр дамжуулан өөрөө мөн эсэхээ шалгуулсны дараагаар хэзээ ч цуцлах боломжтой.

○ Мэдээлэлээр хангах хүрээ

- Хувь хүн тус бүрийн мэдээлэл : овог нэр, регистрийн дугаар, хаяг, утасны дугаар, и мэйл
- эрүүл мэндийн шинжилгээний мэдээлэл : эрүүл мэндийн шинжилгээний хариу болон асуултын хуудасны материал

○ Хувийн мэдээллийг хадгалах болон ашиглах хугацаа 2жил

○ Мэдээлэл ашиглах байгууллага : эрүүл мэндийн төв

- ※ Таны хувийн мэдээлэлийг "хувийн мэдээлэл хамгаалах тухай хууль" болон "Эрүүл мэндийн үзлэгийн тухай хууль" зэргийн дагуу нууцлалыг чанадлан сахих үүргийн хүрээнд ашиглагдах ба эдгээрээс бусад зорилгоор ашиглах эсвэл бусад байгууллагад мэдээлэл дамжуулахгүй байна.
- ※ Шинжилгээнд хамрагдагч нь хувийн мэдээлэлээр хангах зөвшөөрлөөс татгалзах эрхтэй бөгөөд энэ тохиолдолд эрүүлийг хамгаалах үйлчилгээнээс хасагдаж болзошгүй.

Миний биеэрүүлмэндийнүзлэгхийсэнбайгууллагаасэрүүлмэндийнүзлэгийндунгашигл ахтухайтайлбарыгбүрэнсонссонбөгөөдэрүүлмэндийнтөвньэрүүлмэндийнүзлэгийндараахэ мнэлэгийнтусламжүйлчилгээгүзүүлэхзорилгоордээрхмэдээллийгашиглахыгзөвшөөрчбай на.

он сар өдөр

шинжилгээнд хамрагдагчийн овог нэр : _____ (гарын үсэг)

регистрийн дугаар : _____

(Нярай болон бага насны хүүхэд бол хууль ёсны

асрамжлагч нь төлөөлөн гарын үсэг зурна) :

шалгагч шинжилгээний байгууллагын нэр : _____

овог нэр : _____ (гарын үсэг)

(Хавсралтын 4дүгээр маягт)

**0000 оны эрүүл мэндийн шинжилгээнд хамрагдагчийг шалгах хуудас
(шинжилгээний байгууллагад зориулагдсан) (ажлын газраар даатгуулагч нарт)**

овог нэр		регистрийн дугаар	-1(2)*****				
ААН-ийн нэр		ААН-ийн утасны дугаар					
эрүүл мэндийн даатгалын дугаар		харъяа салбар					
ажлын ялгаа ^{тайл1)}		салбар					
ШИНЖИЛГЭЭНИЙ ТӨРӨЛ · ЗАРДАЛ							
1дүгээр шатны шинжилгээ		биеийн байдал, үзлэг, шээсний шинжилгээ, цусны шинжилгээ, цээжний зураг авалт гэх мэт ※ шинжилгээ явуулах хугацаа : 0000. 12. 31 өдрийг хүртэл	элэгний В вирусийн шинжилгээ (шилжилтийн үеийн 40нас) ^{тайл1)}				
амны хөндийн шинжилгээ		шүдний хорхой идэлт, унасан шүдний шинжилгээ, шүд буйлны шинжилгээ, амны хөндийн эрүүл ахуйн сургалт гэх мэт ※ шинжилгээ явагдах хугацаа : 0000. 12. 31 өдөр хүртэл					
2дугаар шатны шинжилгээ		I шатны шинжилгээний хариу болон өндөр даралт, сахарын шижин өвчин ажиглагдаж байгаа хүнд хамааралтай ※ шилжилтийн насны эрүүл мэндийн оношлогоонд хамрагдагч(40-66нас) нь 1дүгээр шатны эрүүл мэндийн оношлогооны хариунаас шалтгаалан ахуй амьдралын үнэлгээ болон мэдрэлийн эрүүл ахуйн шинжилгээг явуулах(шинжилгээ явагдах хугацаа : 0000. 01.31 өдөр хүртэл)					
хорт хавдарын шинжилгээ	ялгаа	ходоодны хорт хавдар	элэгний хорт хавдар	бүдүүн гэдэсний хорт хавдар	хөхний хорт хавдар	савны амсарын хорт хавдар	мэдэгдсэн газар ^{тайл3)}
	хамрагдагч /зардал ^{тайл4)}						
	эмчилгээний зардалын дэмжлэг						
	шинжилгээ явагдах хугацаа	0000.12.31. хүртэл гэхдээ, ходоодны хорт хавдар-бүдүүн гэдэсний хорт хавдарын 2дугаар шатны шинжилгээ нь 0000.1.31. хүртэл					
※ давхардсан шинжилгээний тохиолдолд шинжилгээний зардал буцаах : эрүүл мэндийн даатгалын газраас явуулдаг эрүүл мэндийн шинжилгээний мөчлөг(оффисийн ажил : ажлын туршлага, оффисийн бус ажил : жил бүр) I –ээс дээш удаа шинжилгээ хийлгэсэн тохиолдолд илүү хийлгэсэн шинжилгээний зардалыг шинжилгээнд хамрагдагчаас буцаан авна. ※ мэдэгдэл гаргасан газрын тэмдэглэсэн хүн : өөрийнх нь хаягын дагуу "хавдарын шинжилгээний хуудас" –ийг илгээсэн ба хорт хавдарын шинжилгээг хоёр удаа хийлгэхгүй байхаар анхаарахыг хүсч байна.							

Дээрх этгээд нь манай байгууллагын эрүүл мэндийн шинжилгээнд хамрагдагч болохыг тодорхойлж байна.

0000он 00сар 00өдөр

захирал

(тамга)

тайл1) ажлын байрны ялгаа : оффис ажил болон оффис бус ажлаар ангилж тэмдэглэх(ААН эрүүл мэндийн шинжилгээнд хамрагдагчийн нэрсийн жагсаалтийг үз)

тайл2) Элэгний В вирусний шинжилгээ нь шилжилтийн үеийн эрүүл мэндийн оношлогоонд хамрагдагч нараас 40нас хүмүүсийг хамаарна(элэгний В вирусны эсрэг төрөгч болон эсрэг биет илрэгчээс гадна)

тайл3) Мэдэгдэж буй газар : хорт хавдарын шинжилгээнд хамрагдагчийн шинжилгээний хариуг мэдэгдэж буй байгууллага(харъяа эрүүл мэндийн төв)

тайл4) зардалын хүснэгт

① өөрөөс гарах зардал байхгүй : 1–2 дах шатны энгийн эрүүл мэндийн шинжилгээ, шилжилтийн насны эрүүл мэндийн оношлогоо болон савны амсарын хорт хавдар нь эрүүл мэндийн даатгалын газраас бүхэлд нь хариуцаж, улсаас явуулж буй хорт хавдарыг илрүүлэх анхан шатны шинжилгээнд хамрагдагчынхаа хувьд ходоод-элэг-бүдүүн гэдэс-хөхний хорт хавдар нь эрүүл мэндийн даатгалын газраас 90% хариуцаж, улсаас 10% хариуцана.

② 10% хариуцах : даатгалын газраас 90%, шинжилгээнд хамрагдагч 10% хариуцана

③ хамрагдагч биш : холбогдох төрлийн шинжилгээнд хамрагдагч биш хүн

④ шинжилгээний дуусгавар : холбогдох шинжилгээнд нэгэнт хамрагдаад дуусгавар болгосон этгээд

⑤ эмчилгээний зардалын дэмжлэгт хамрагдах этгээд нь улсаас явуулж буй хорт хавдарын анхан шатны шинжилгээнд хамрагдагчийнхаа хувьд шинжилгээгээр дамжуулан энэ жил хорт хавдараар өвчлөгч хэмээн шинээр тодорхойлогдох тохиолдолд эмчилгээний зардалын тодорхой хэсгийг дэмжлэгээр авах боломжтой.

※ хорт хавдарын шинжилгээний насны түвшин : ходоодны хорт хавдар-хөхний хорт хавдар(40настай ба түүнээс дээш), бүдүүн гэдэсний хорт хавдар(50 настай ба түүнээс дээш), элэгний хорт хавдар(элэгний хорт хавдарт өртөж болох аюултай хүмүүс дундаас 40настай ба түүнээс дээш), савны хорт хавдар(30настай ба түүнээс дээш)

※ иргэдийн эрүүл мэндийн даатгалын газрын цахим хуудас(www.nhic.or.kr) –аас шинжилгээнд хамрагдагч, шинжилгээний байгууллага, жил бүрийн шинжилгээний хариу зэргийг шалгаж хянах боломжтой. =

(Хавсралт 5дугаар маягт)

※ Даатгалын газраас явуулж буй эрүүл мэндийн шинжилгээнд 2 жилд 1 удаа хамрагдах боломжтой ба, 2 оос дээш удаа шинжилгээнд хамрагдах тохиолдолд шинжилгээний зардалыг шинжилгээг өгөгчөөс буцаан авна.

※ Эрүүл мэндийн шинжилгээний байгууллага нь эрүүл мэндийн даатгалын газрын цахим хуудас (www.nhis.or.kr) болон салбар(улс даяар адилхан 1577-1000)-аас тодорүүлна уу.

хаяг бичигдэх хэсэг

эрүүл мэндийн шинжилгээний хүснэгт

----- хариуг мэдэгдэхийн тулд илгээх хаягаар ашиглагдах тул

тасалж авч болохгүй -----

0000оны эрүүл мэндийн шинжилгээнд хамрагдагчийг шалгах хуудас (шинжилгээний байгууллагад өгөхөд зориулагдав)							
овог нэр				регистрийн дугаар	-1(2)*****		
даатгалын дэвтэрийн дугаар				харъяа			
шинжилгээний төрөл · зардал							
1дүгээр шатны шинжилгээ	биеийн байдал, үзлэг, цэвсний шинжилгээ, цусны шинжилгээ, цээжний зураг авалт гэх мэт ※ шинжилгээ явуулах хугацаа : 0000. 12. 31өдрийг хүртэл			элэгний В вирусийн шинжилгээ (шилжилтийн үеийн 40нас) ^{тайл1}			
амны хөндийн шинжилгээ	шүдний хорхой идэлт, унасан шүдний шинжилгээ, шүд буйлны шинжилгээ, амны хөндийн эрүүл ахуйн сургалт гэх мэт ※ шинжилгээ явагдах хугацаа : 0000. 12. 31 өдөр хүртэл						
2дугаар шатны шинжилгээ	1 шатны шинжилгээний хариу болон өндөр даралт, сахарын шижин өвчин ажиглагдаж байгаа хүнд хамааралтай ※ шилжилтийн насны эрүүл мэндийн оношлогоонд хамрагдагч(40-66нас) нь 1дүгээр шатны эрүүл мэндийн оношлогооны хариунаас шалтгаалан ахуй амьдралын үнэлгээ болон мэдрэлийн эрүүл ахуйн шинжилгээг явуулах(шинжилгээ явагдах хугацаа : 0000. 01.31 өдөр хүртэл)						
хорт хавдарын шинжилгээ	ялгаа	ходоодны хорт хавдар	элэгний хорт хавдар	бүдүүн гэдэсний хорт хавдар	хөхний хорт хавдар	савны амсарын хорт хавдар	мэдэгдсэн газар ^{тайл5}
	хамрагдагч /зардал ^{тайл4}						
	эмчилгээний зардалын дэмжлэг						
шинжилгээ явагдах хугацаа		0000.12.31. хүртэл гэхдээ, ходоодны хорт хавдар-бүдүүн гэдэсний хорт хавдарын 2дугаар шатны шинжилгээ нь 0000.1.31. хүртэл					
Дээрхтэй адилаар 0000оны эрүүл мэндийн шинжилгээнд хамрагч мөн болохыг тодорхойлов.							
0000. 00. 00.							
иргэдийн эрүүл мэндийн даатгалын газар				газрын дарга(тамга)			

тайл1) Элэгний В вирусний шинжилгээ нь шилжилтийн үеийн эрүүл мэндийн оношлогоонд хамрагдагч нараас 40нас хүмүүсийг хамаарна(элэгний В вирусны эсрэг төрөгч болон эсрэг биет илрэгчээс гадна)

тайл2) зардалын хүснэгт

① өөрөөс гарах зардал байхгүй : 1-2 дах шатны энгийн эрүүл мэндийн шинжилгээ, шилжилтийн насны эрүүл мэндийн оношлогоо болон савны амсарын хорт хавдар нь эрүүл мэндийн даатгалын газраас бүхэлд нь хариуцаж, улсаас явуулж буй хорт хавдарыг илрүүлэх анхан шатны шинжилгээнд хамрагдагчынхаа хувьд ходоод-элэг-бүдүүн гэдэс-хөхний хорт хавдар нь эрүүл мэндийн даатгалын газраас 90% хариуцаж, улсаас 10% хариуцана.

② хорт хавдарын шинжилгээний төрөл тус бүрээр өөрийн төлөх төлбөрийн үнийн дүн(хорт хавдарын шинжилгээний төлбөр дундаас 10%) тэмдэглэгээ хийх

※ зөвгөөний төлбөр болон холбогдох шинжилгээний төлбөрийг нийлүүдэд өөрийн төлөх төлбөрөө тооцоолсны дараагаар 100мянган воноос доош бол хасах

③ хамрагдагч биш : холбогдох төрлийн шинжилгээнд хамрагдагч биш хүн

④ шинжилгээний дуусгавар : холбогдох шинжилгээнд нэгэнт хамрагдаад дуусгавар болгосон этгээд

⑤ эмчилгээний зардалын дэмжлэгт хамрагдах этгээд нь улсаас явуулж буй хорт хавдарын анхан шатны шинжилгээнд хамрагдагчийнхаа хувьд шинжилгээгээр дамжуулан энэ жил хорт хавдараар өвчлөгч хэмээн шинээр тодорхойлогдох тохиолдолд эмчилгээний зардалын тодорхой хэсгийг дэмжлэгээр авах боломжтой.

тайл3) мэдэгдэх газар : улсаас явуулж буй хорт хавдарын шинжилгээнд хамрагдагчид шинжилгээний хариуг мэдэгдэх байгууллага(харъяа эрүүл мэндийн төв)

※ хорт хавдарын шинжилгээний насны түвшин : ходоодны хорт хавдар-хөхний хорт хавдар(40настай ба түүнээс дээш), бүдүүн гэдэсний хорт хавдар(50 настай ба түүнээс дээш), элэгний хорт хавдар(элэгний хорт хавдарт өртөж болох аюултай хүмүүс дундаас 40настай ба түүнээс дээш), савны хорт хавдар(30настай ба түүнээс дээш)

※ иргэдийн эрүүл мэндийн даатгалын газрын цахим хуудас(www.nhis.or.kr) -аас шинжилгээнд хамрагдагч, шинжилгээний байгууллага, жил бүрийн шинжилгээний хариу зэргийг шалгаж хянах боломжтой.

(Хавсралтын бдугаар маягт)

※ Даатгалын газраас явуулж буй эрүүл мэндийн шинжилгээнд 2 жилд 1 удаа хамрагдах боломжтой ба, 2 оос дээш удаа шинжилгээнд хамрагдах тохиолдолд шинжилгээний зардалыг шинжилгээг өгөгчөөс буцаан авна.

※ Эрүүл мэндийн шинжилгээний байгууллага нь эрүүл мэндийн даатгалын газрын цахим хуудас (www.nhis.or.kr) болон салбар(улс даяар адилхан 1577-1000)-аас тодорүүлна уу.

хаяг бичигдэх хэсэг	эрүүл мэндийн шинжилгээний хүснэгт
---------------------	------------------------------------

----- хариуг мэдэгдэхийн тулд илгээх хаягаар ашиглагдах тул

тасалж авч болохгүй -----

0000оны хорт хавдарын шинжилгээнд хамрагдагч болохыг шалгах хуудас (шинжилгээний байгууллагад өгөхөд зориулав)						
овог нэр		регистрийн дугаар	-1(2)*****			
даатгалын дэвтэрийн дугаар		харъяа				
шинжилгээний төрөл · зардал						
хорт хавдарын шинжилгээ	ялгаа	ходоодны хорт хавдар	элэгний хорт хавдар	бүдүүн гэдэсний хорт хавдар	хөхний хорт хавдар	савны амсарын хорт хавдар
хамрагдагч /зардал ^{Тайл4}						
эмчилгээний зардалын дэмжлэг						
шинжилгээ явагдах хугацаа	0000.12.31. хүртэл гэхдээ, ходоодны хорт хавдар-бүдүүн гэдэсний хорт хавдарын 2дугаар шатны шинжилгээ нь 0000.1.31. хүртэл					
Дээрхтэй адилаар 0000оны эрүүл мэндийн шинжилгээнд хамрагч мөн болохыг тодорхойлов.						
0000. 00. 00.						
иргэдийн эрүүл мэндийн даатгалын газар			газрын дарга(тамга)			

тайл1) төлбөрийн хуваарилалт

① өөрийн хариуцах төлбөр байхгүй : 1-2 дах шатны энгийн эрүүл мэндийн шинжилгээ, шилжилтийн насны эрүүл мэндийн оношлогоо болон савны амсарын хот хавдар нь даатгалын газраас бүхэлд нь хариуцаж, улсаас явуулж буй хорт хавдарын шинжилгээнд хамрагдагчынхаа хувьд ходоод-хөх-бүдүүн гэдэс-элэгний хорт хавдар нь даатгалаас 90%, улсаас 10% хариуцана.

② Хорт хавдарын шинжилгээний төрөл тус бүрт өөрийн төлөх төлбөр(шинжилгээний зардал дундаас 1 0%) тэмдэглэгээг хийх

※ зөвлөгөөний төлбөр болон холбогдох шинжилгээний төлбөрийг нийлүүгээд өөрийн төлөх төлбөрөө тооцоолсны дараагаар 100мянган воноос доош бол хасах

③ хамрагдагч биш : холбогдох төрлийн шинжилгээнд хамрагдагч биш хүн

④ шинжилгээний дуусгавар : холбогдох шинжилгээнд нэгэнт хамрагдаад дуусгавар болгосон этгээд

⑤ эмчилгээний зардалын дэмжлэгт хамрагдах этгээд нь улсаас явуулж буй хорт хавдарын анхан шатны шинжилгээнд хамрагдагчийнхаа хувьд шинжилгээгээр дамжуулан энэ жил хорт хавдараар өвчлөгч хэмээн шинээр тодорхойлогдох тохиолдолд эмчилгээний зардалын тодорхой хэсгийг дэмжлэгээр авах боломжтой.

тайл2) мэдэгдэх газар : улсаас явуулж буй хорт хавдарын шинжилгээнд хамрагдагчид шинжилгээний хариуг

мэдэгдэх байгууллага(харъяа эрүүл мэндийн төв)

※ хорт хавдарын шинжилгээний насны түвшин : ходоодны хорт хавдар-хөхний хорт хавдар(40настай ба түүнээс дээш), бүдүүн гэдэсний хорт хавдар(50 настай ба түүнээс дээш), элэгний хорт хавдар(элэгний хорт хавдарт өртөж болох аюултай хүмүүс дундаас 40настай ба түүнээс дээш), савны хорт хавдар(30настай ба түүнээс дээш)

※ иргэдийн эрүүл мэндийн даатгалын газрын цахим хуудас(www.nhis.or.kr) –аас шинжилгээнд хамрагдагч, шинжилгээний байгууллага, жил бүрийн шинжилгээний хариу зэргийг шалгаж хянах боломжтой.

(Хавсралт 11дүгээр маягт)

Шинжилгээнд хамрагдагчийн мэдэх ёстой зүйлс

- Даатгалын газраас явуулдаг энгийн эрүүл мэндийн шинжилгээнд 2жилд нэг удаа(оффисийн бус ажилтай хөдөлмөр эрхлэгч нь 1жилд 1удаа), шилжилтийн насны үеийн эрүүл мэндийн оношлогоонд 40нас–66нас, нярай ба бага насны хүүхдийн эрүүл мэндийн шинжилгээнд төрснөөс хойш 4, 9, 18, 30, 42, 54, 66сар болсон үеүдэд хамрагдах боломжтой. Тогтоосон удааг хэтэрсэн тохиолдолд эрүүл мэндий шинжилгээний илүү гарсан төлбөрийг хувь хүнээс эргүүлэн гаргуулж авна.
- Асуултын хуудас нь шинжилгээний үеэр шинжилгээг авч буй эмч шинжилгээнд хамрагдагчийн үзлэг болон эрүүл мэндийн байдлыг дүгнэн шийдвэрлэхэд чухал материал болж өгөх тул орхигдуулалгүйгээр тэмдэглэж өгнө үү.
※ Асуултын хуудасанд (имэйл) хаягаа тэмдэглэж өгөн мэдээлэл авч байхыг зөвшөөрвөл эрүүл мэндийн даатгалын газар зэргээс олгож байгаа эрүүл мэндтэй холбоотой мэдээлэл ба үйл ажиллагааны тухай танилцуулгыг хүлээн авч үзэж байх боломжтой.
- Хорт хавдарын шинжилгээ нь өөрт холбогдож байгаа шинжилгээний төрлүүд дундаас сонгож хамрагдах боломжтой ба, шинжилгээг өгөгч нь шинжилгээний нийт төлбөрийн 10%–тай тэнцэх хэмжээний төлбөрийг л төлнө.(Гэхдээ, савны амсарын хорт хавдар, улсаас явуулж буй хорт хавдарын шинжилгээнд хамрагдагч, шилжилтийн насны хорт хавдарын шинжилгээний зардалыг бүхэлд нь даатгалын газар хариуцана.)
- 50 ба түүнээс дээш настай хүмүүсийг хамарч явуулдаг бүдүүн гэдэсний хорт хавдарын шинжилгээ нь 1 дүгээр шатандаа өтгөний шинжилгээ явуулсны дараагаар илрэлтэй гарч буй хүмүүст бүдүүн гэдэсний рентген зурагны шинжилгээ эсвэл бүдүүн гэдэсний дурангийн шинжилгээний аль нэгийг сонгон хамрагдуулна.
- энгийн эрүүл мэндийн шинжилгээ, шилжилтийн үеийн эрүүл мэндийн шинжилгээ, нярай ба бага насны хүүхдийн эрүүл мэндийн шинжилгээнд хамрагдагч болон савны амсарын хорт хавдарын шинжилгээний төлбөрийг даатгалын газар бүхэлд нь хариуцана.
- Даатгалын газраас явуулж буй шилжилтийн насны эрүүл мэндийн шинжилгээнд хамрагдагч (40нас, 66нас) нь өөрийн насны хамааралтай хэсэгт нь нэг л удаа шинжилгээнд хамрагдах боломжтой.
- Шилжилтийн насны үеийн 1дүгээр шатны эрүүл мэндийн оношлогоонд хамрагдсан бүхий л хүмүүс 2дахь шатны эрүүл мэндийн оношлогоонд хамрагдагч болох ба амьдралын зуршлийн үнэлгээ(тамхи, архи, биеийн тамир, хүнс тэжээл, таргалалт) –ний дагуу ахуй амьдралын зуршлаа өөрчлөн шинэчлэхийн тулд авч буй жорыг эмчилгээ болон эм найруулахад зориулан ашиглах боломжгүй.
- Эрүүл мэндийн шинжилгээний өмнө 8 ба түүнээс дээш цагаас дээш цагаар хоолоо хориогүй эсвэл шөнийн цагаар ажилласан хүн, сарын тэмдэг нь ирсэн эмэгтэйчүүд шинжилгээг өгөх тохиолдолд шинжилгээний хариу алдаатай гарах магадлалтай тул заавал мөрдөх ёстой зүйлсийг дагаж мөрдөн шинжилгээнд хамрагдахыг хүсч байна.

(Хавсралтын 12 дугаар маягт)

Тамхилалттай холбогдсон ахуй амьдралын зуршилийг дүгнэх хүснэгт

овог нэр	
өөртөө холбоотой зүйл дээр ✓ тэмдэглэгээг хийгээрэй.	
<p>1. Цаашдын 1сарын дотор тамхинаасаа гарах төлөвлөгөө байгаа юу?</p> <p><input type="checkbox"/> ① 1сарын дотор тамхинаас гарах төлөвлөгөөтэй байгаа.</p> <p><input type="checkbox"/> ② бсарын дотор тамхинаас гарах төлөвлөгөөтэй байгаа.</p> <p><input type="checkbox"/> ③ бсарын дотор биш боловч тамхинаас гарах төлөвлөгөөтэй байгаа.</p> <p><input type="checkbox"/> ④ одоогийн байдлаар тамхинаас гарах төлөвлөгөөгүй байна.</p> <p>2. Хэрвээ өнөөдөр шууд тамнаас гарна гэвэл хэр зэрэг итгэлтэй байна вэ?</p> <p><input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7</p> <p>(огт итгэлгүй) (маш их итгэлтэй)</p> <p>3. Өглөө босоод хэр зэрэг байж байгаад эхнийхээ тамхиа татдаг вэ?</p> <p><input type="checkbox"/> 5минутын дотор(3оноо) <input type="checkbox"/> 6–30минутын хооронд(2оноо)</p> <p><input type="checkbox"/> 31–60минутын хооронд(1оноо) <input type="checkbox"/> 60минутын дараа(0оноо)</p> <p>4. Та тамхигүй орчин, жишээ нь сүм, театр, номын сан зэрэгт тамхи татахгүй байхад хүндрэлтэй байдаг уу?</p> <p><input type="checkbox"/> Тийм(1оноо) <input type="checkbox"/> Үгүй(0оноо)</p> <p>5. Ямар үеийн тамхи таталтыг орхиход хамгийн хэцүү вэ?</p> <p><input type="checkbox"/> Өглөөний эхний тамхи (1оноо) <input type="checkbox"/> өөр бусад(0оноо)</p> <p>6. Өдөрт тамхи хэдэн ширхэгийг татдаг вэ?</p> <p><input type="checkbox"/> 10ширхэг ба түүнээс доош (0оноо) <input type="checkbox"/> 11–20ширхэг (1оноо)</p> <p><input type="checkbox"/> 21–30ширхэг(2оноо) <input type="checkbox"/> 31ширхэг ба түүнээс дээш(3оноо)</p> <p>7. Өглөө босоод эхний хэдэн цагийн туршид, бүхэл өдрийн бусад цагуудын дундаас илүү ихээр тамхиа татдаг уу?</p> <p><input type="checkbox"/> Тийм(1оноо) <input type="checkbox"/> Үгүй(0оноо)</p> <p>8. Өдрийн дундуурх ихэнх цагийг хэвтэж өнгөрүүлэх хэмжээгээр бие тань өвдөж байгаа тохиолдолд ч тамхиа татах уу?</p> <p><input type="checkbox"/> Тийм(1оноо) <input type="checkbox"/> үгүй (0оноо)</p> <p style="text-align: right;">НИЙТ <input style="width: 50px; height: 15px;" type="text"/></p>	

Тамхинаас гарах жор

Эмнэлэгт ирсэн огноо :		
Шинжилгээ өгөгчийн овог нэр :	Хүйс : эр/эм	
1. Таны тамхи таталтын байдал		
<input type="checkbox"/> тамхи татдаг байсан	<input type="checkbox"/> хөнгөхөн татдаг	<input type="checkbox"/> маш их татдаг
2. Никотинд тулгуурлах хэмжээ		
<input type="checkbox"/> бага	<input type="checkbox"/> дунд зэрэг	<input type="checkbox"/> маш их
<p style="text-align: center;">Тамхинаас гарвал та өөрийнхөө амьдралын чанарыг нэг шат нэмэгдүүлэх боломжтой.</p>		
3. Тамхинаас гарах жор		
<input type="checkbox"/> Тасралтгүй тамхинаас гарах зөвөлгөө болон сургалт шаардлагатай. Тамхинаас гарах номыг даалгавар болгон уншаарай.		
<input type="checkbox"/> Никотиныг орлуулах арга шаардлагатай. _____ _____		
<input type="checkbox"/> Тамхинаас гаргах эм(bupropion гэх мэт) уух шаардлагатай. _____ _____		
<input type="checkbox"/> Тамхинаас гарахыг дэмжих үйлчилгээ(тамхинаас гаргах клиник мөн тамхинаас гаргах үйлчилгээний төв) –ний хүсэлт гаргана.		
<input type="checkbox"/> Бусад : _____		
4. Тамхинаас гарснаар засарч сайжрах боломжтой таны хууч өвчин		
<input type="checkbox"/> өндөр даралт	<input type="checkbox"/> сахарын шижи	
<input type="checkbox"/> зүрхний өвчин	<input type="checkbox"/> цусан дахь холестеролын тэнцвэргүйжилт	
<input type="checkbox"/> тархины саажилт	<input type="checkbox"/> анхан шатны болон архагшсан судас цусны эмгэг	
<input type="checkbox"/> архагшсан хоолойн үрэвсэл	<input type="checkbox"/> багтраа өвчин	
<input type="checkbox"/> хамрын үрэвсэл	<input type="checkbox"/> ходоод/хоол боловсруулах эрхтэний үрэвсэл	
<input type="checkbox"/> мэс заслын дараа үүссэн шинж тэмдэг	<input type="checkbox"/> гэр бүлийнхэний эрүүл мэнд	
<input type="checkbox"/> амны үнэр	<input type="checkbox"/> дархлаажилт буурах	
<input type="checkbox"/> шархны эдгэрэлтийн удаашрал	<input type="checkbox"/> бэлгийн үйл ажиллагааны сулрал	
<input type="checkbox"/> нуруу/нугасны диск	<input type="checkbox"/> ясны сийрэгжилт	
<input type="checkbox"/> бусад : _____		
<p style="text-align: center;">Тамхинаас гарахаа амжилттай болгохын тулд хэмнэлттэй арчилгаа сувилгаа шаардлагатай.</p>		
хариуцсан эмчийн нэр / гарын үсэг :		

※ Энэхүү жор нь ахуйн амьдралын зуршлыг сайжруулахын тулд зааварчилж байгаа жор бөгөөд эмчилгээ болон эм найруулахад ашиглах боломжгүй.

**согтууруулах ундаатай холбогдсон ахуй амьдралын
зуршлыг дүгнэх үнэлгээний хүснэгт**

шинжилгээ өгөгчийн овог нэр	
өөртөө холбогдох зүйл дээр ✓тэмдэглэгээг хийнэ үү.	
1. Сogтууруулах ундаа хэрэглэх давтаж нь хэр зэрэг вэ?	
<input type="checkbox"/> огт уудаггүй(0оноо) <input type="checkbox"/> сард нэг ба түүнээс доош удаа(1оноо) <input type="checkbox"/> сард 2+4удаа(2оноо) <input type="checkbox"/> долоо хоногт 2+3удаа(3оноо) <input type="checkbox"/> долоо хоногт 4ба түүнээс дээш удаа (4оноо)	
2. Сogтууруулах ундаа ууж байгаа өдрөө хэдэн хундагыг уудаг вэ?	
Сожу, виски, дарс гэж ялгалгүйгээр тус бүрийг нь хундагаар тооцоорой. Гэхдээ, шар айрагны хувьд 1ширхэг лаазтай шар айраг эсвэл задгай 350сс шар айргийг, мөн магколи нэг аягыг нэг хундага гэж тооцоорой.	
<input type="checkbox"/> 1+2хундага(0оноо) <input type="checkbox"/> 3+4хундага(1оноо) <input type="checkbox"/> 5+6хундага(2оноо) <input type="checkbox"/> 7+9хундага(3оноо) <input type="checkbox"/> 10хундагаас дээш(4оноо)	
3. Нэг удаагийн нийллэгэн дээр бхундага(эсвэл шар айраг 2000сс) ба түүнээс дээш хэмжээгээр уух давтамж нь хэр зэрэг олон байдаг вэ?	
<input type="checkbox"/> огт байхгүй(0оноо) <input type="checkbox"/> 1сард нэг удаа ба түүнээс доош(1оноо) <input type="checkbox"/> 1сард 1удаа орчим(2оноо) <input type="checkbox"/> долоо хоногт 1уда(3оноо) <input type="checkbox"/> бараг өдөр бүр(4оноо)	
4. Өнгөрсөн 1жилийн турш, нэг л архи уугаад эхэлвэл өөрийгөө зогсоож чадахгүй болох үе байсан уу?	
<input type="checkbox"/> огт байхгүй(0оноо) <input type="checkbox"/> 1сард 1 ба түүнээс доош удаа(1оноо) <input type="checkbox"/> 1сард 1удаа орчим(2оноо) <input type="checkbox"/> 7хоногт 1удаа орчим(3оноо) <input type="checkbox"/> бараг өдөр бүр(4оноо)	
5. Өнгөрсөн 1жилийн турш, согтууруулах ундаа хэрэглэснээс болж өдөр тутмын ахуй амьдралдаа саад учруулсан тохиолдол байгаа юу?	
<input type="checkbox"/> огт байхгүй(0оноо) <input type="checkbox"/> 1сард 1 ба түүнээс доош (1оноо) <input type="checkbox"/> 1сард нэг удаа(2оноо) <input type="checkbox"/> долоо хоногт 1удаа орчим(3оноо) <input type="checkbox"/> бараг өдөр бүр(4оноо)	
6. Өнгөрсөн 1жилийн турш, хэтрүүлж уусны дараах өглөө ухаан орохын тулд шар тайлах архи уусан удаа байгаа юу?	
<input type="checkbox"/> Огт байхгүй(0оноо) <input type="checkbox"/> нэг сард 1 ба түүнээс доош(1оноо) <input type="checkbox"/> 1сард 1 удаа(2оноо) <input type="checkbox"/> 7хоногт 1удаа(3оноо) <input type="checkbox"/> бараг өдөр бүр(4оноо)	
7. Өнгөрсөн 1жилийн турш, согтууруулах ундаа уусны дараагаар харамссан удаа бий юу?	
<input type="checkbox"/> Огт байхгүй(0оноо) <input type="checkbox"/> нэг сард 1 ба түүнээс доош(1оноо) <input type="checkbox"/> 1сард 1 удаа(2оноо) <input type="checkbox"/> 7хоногт 1удаа(3оноо) <input type="checkbox"/> бараг өдөр бүр(4оноо)	
8. Өнгөрсөн 1жилийн турш, согтууруулах ундаа хэрэглэж сэргэсний дараагаар болсон үйл явдалаа санахгүй байсан удаа бий юу?	
<input type="checkbox"/> Огт байхгүй(0оноо) <input type="checkbox"/> нэг сард 1 ба түүнээс доош(1оноо) <input type="checkbox"/> 1сард 1 удаа(2оноо) <input type="checkbox"/> 7хоногт 1удаа(3оноо) <input type="checkbox"/> бараг өдөр бүр(4оноо)	
9. Та согтууруулах ундаа хэрэглэснээс болж өөрөө бэртэх, мөн гэр бүлийнхэн тань эсвэл өөр хэн нэгэн бэртэж гэмтсэн удаа бий юу?	
<input type="checkbox"/> Огт байхгүй(0оноо) <input type="checkbox"/> өнгөрсөн үед байсан боловч, өнгөрсөн 1жилийн туршид байгаагүй(2оноо) <input type="checkbox"/> өнгөрсөн 1жилийн турш байсан(4оноо)	
10. Гэр бүлийнхэн тань эсвэл эмч таны согтууруулах ундаа хэрэглэдэгт тань санаа зовиож, эсвэл архи хэрэглэхээ зогсоох мөн багасгахыг хүсч санал тавьж байсан удаа бий юу?	
<input type="checkbox"/> Огт байхгүй(0оноо) <input type="checkbox"/> өнгөрсөн үед байсан боловч сүүлийн 1жилийн туршид байгаагүй(2оноо) <input type="checkbox"/> өнгөрсөн 1жилийн турш байсан(4оноо)	
НИЙТ <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>	

(Архинаас гарах/багасгах)жор

Эмнэлэгт ирсэн өдөр

Шинжилгээнд хамрагдагчийн овог нэр :

хүйс : эр/эм

1. Одоогийн байдлаар таны согтууруулах ундаа хэрэглэлт

- тохиромжтой хэрэглээний түвшин. согтууруулах ундаа хэрэглээний аюултай түвшин.
 Алкогол буруу хэрэглээний түвшин. Алкоголд тулгуурлаж байгаа түвшин.

2. Согтууруулах ундаанаас гарах / багасгах жор

1) Зөвөлгөө болон сургалт шаардлагатай

- () өдрийн турш заавал согтууруулах ундаа хэрэглэхийг хориглох шаардлагатай.
 Өдөрт () аяга ба түүнээс дээш уухгүй байх, долоо хоногт нийт () аяга уухгүй байгаарай.
 7хоногт нийт () өдөр нь амрах өдөр болгоод түүнийгээ чанадлан мөрдөөрэй.
 2долоо хоногийн турш согтууруулах ундаа хэрэглэсэн тухай тэмдэглэл хөтлөөд дараагийн үзлэгийн өдөр авч ирээрэй.
 согтууруулах ундаа хэрэглэхийг хориглосонтой холбоотой номыг даалгавар болгон уншаарай

2) Эмэн эмчилгээ шаардлагатай

- Согтууруулах ундааны талаарх цангасан байдлыг багасгахын тулд эмийг жороор олгож байна.

- Бусад _____

3. Согтууруулах ундаанаас гарсан/багасгаснаар нааштай үр дүн үзүүлэх таны өвчинүүдийн байдал

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> сэтгэлийн гутрал/шаналгаа | <input type="checkbox"/> ходоодны төрлийн эмгэгүүд |
| <input type="checkbox"/> өндөр даралт | <input type="checkbox"/> зүрхний эмгэг |
| <input type="checkbox"/> сахарын шижин | <input type="checkbox"/> тархины саажилт |
| <input type="checkbox"/> цусан дахь хлостерол | <input type="checkbox"/> ясны сийрэгжилт |
| <input type="checkbox"/> хэт жин/таргалалт | <input type="checkbox"/> ажил албатай холбогдсон асуудал |
| <input type="checkbox"/> бусадтай харьцах харьцаа | <input type="checkbox"/> аваар осол |
| <input type="checkbox"/> бусад : | |

Илүү мэргэжлийн түвшингийн туслалцаа үзүүлэхийн тулд таныг энэ газарт очихыг хүсч байна.

Хариуцсан эмчийн нэр / гарын үсэг :

※ Энэхүү жор нь ахуйн амьдралын зуршлыг сайжруулахын тулд зааварчилж байгаа жор бөгөөд эмчилгээ болон эм найруулахад ашиглах боломжгүй.

Биеийн тамир ахуй амьдралын зуршилын дүгнэлтийн хүснэгт

шинжилгээг өгөгчийн овог нэр	миний бие холбогдох ахуй амьдралынхаа зуршлийг дүгнүүлэхийг хүсч байна. <input type="checkbox"/>
------------------------------------	---

Өөртөө холбогдох зүйл дээр тэмдэглэгээг хийнэ үү.

1. Та 20минутаас дээш хугацаагаар хөлсөө гаргах эсвэл зүрх хурдан цохилох хэмжээний хүчтэй хэмнэл бүхий дасгалыг 1 долоо хоногт ерөнхийдөө хэдэн удаа хийж байна вэ?

(жиш : хүнд ачаа зөөх, газар ухах, алхах, аеробикээр хичээллэх, дугуй хурдтайгаар унах))

0 1 2 3 4 5 6 7+

2. Та 30минут ба түүнээс дээш хугацаагаар 1 долоо хоногт хэдэн удаа алхдаг вэ?

(Жишээ нь : биеийн тамирийн дасгал мөн чөлөөт байдлаар алхах)

0 1 2 3 4 5 6 7+

3. Та 30 минут ба түүнээс дээш хугацаагаар зүрхний цохилт нэмэгдсэн энгийн үеэс бага зэрэг амьсгал давхцсан дунд зэргийн хэмнэлийн дасгалыг 1 долоо хоногт ерөнхийдөө хэдэн удаа хийдэг вэ?

(жишээ : хурдан алхах, хөнгөн ачаа зөөх, дугуй унах, хосоороо теннис тоглох)

0 1 2 3 4 5 6 7+

НИЙТ

4. Зүрхний талын хүндрэл байгаа учраас биеийн тамираар хичээллэх үед эмчийн заавар зөвөлгөөний дагуу хий гэсэн зүйл сонсож байсан уу?

Тийм Үгүй

5. Биеийн тамираар хичээллэхдээ цээж хүндүүрлэж өвдөх тохиолдол байсан уу?

Тийм Үгүй

6. Өнгөрсөн сард биеийн тамираар хичээллэхгүй байх үедээ ч цээж хүндүүрлэж өвдсөн тохиолдол бий юу?

Тийм Үгүй

7. Толгой эргэх болон ухаанаа балартах зэргээс шалтгаалан тэнцвэрээ алдах тохиолдол байсан уу?

Тийм үгүй

8. Биеийн тамирийн дасгалаа өөрчилсөнөөс болж яс болон үе мөчинд тань хүндрэл үүссэн тохиолдол байгаа юу?

Тийм Үгүй

9. Одоогийн даралт болон зүрхний асуудлаас болж эмчээс заавар жор авч байсан удаа бий юу?

Тийм Үгүй

10. Биеийн тамираар хичээллэвэл болохгүй гэсэн өөр шалтгаан байгаа юу?

Тийм Үгүй

Биеийн тамирий дасгалын жор

эмнэлэгт ирсэн огноо :

шинжилгээ өгөгчийн овог нэр :

хүйс : эр/ эм

1. Таны биеийн тамир дасгалын түвшин

- эрүүл мэндээ хамгаалахад дутмаг түвшин.
- эрүүл мэндээ хамгаалж чадах боловч эрүүл мэндээ сайжруулахад хангалттай биш түвшин.
- эрүүл мэндээ сайжруулахад хангалттай түвшин.

2. Таны эрүүл мэнд болон амьдралынхаа чанарыг сайжруулахад тань дараах биеийн тамирийн дасгалуудыг санал болгож байна.

1) Дасгалын төрлүүд

- хурдан алхах алхах ууланд гарах
- усанд сэлэх усанд дасгал хийх дугуй унах
- аеробик бүжиг иог
- булчингийн дасгал бусад

2) Биеийн тамир дасгалын цаг

- 10минут 15–30минут 30минут ба түүнээс дээш бусад :

3) Биеийн тамир дасгалын давтамж

- 1долоо хоногт 1–2 удаа 1долоо хоногт 3–4удаа 1долоо хоногт 5 ба түүнээс дээш

3. Биеийн тамирийн дасгалаар хичээллэснээр сайжирч болзошгүй таны өвчний байдал

- таргалалт/хэт жин стресс өндөр даралт
- сахарын шижин зүрхний өвчин тархиний саажилт
- цусан дахь холестерол ясны сийрэгжилт үе мөчний өвчин/нурууний өвчин
- юмнаас унах сэтгэлийн гутрал бусад :

 Илүү мэргэжлийн туслалцаа өгөхийн тулд таныг энэ газарт очихийг хүсч байна.

Хариуцсан эмчийн нэр/ гарын үсэг :

※ Энэхүү жор нь ахуйн амьдралын зуршлыг сайжруулахын тулд зааварчилж байгаа жор бөгөөд эмчилгээ болон эм найруулахад ашиглах боломжгүй.

Хүнс тэжээлийн ахуйн зуршилийг дүгнэх хүснэгт

шинжилгээг өгөгчийн овог нэр		өөртөө холбогдолтой ахуйн амьдралын зуршлийн үнэлгээг хийлгэхийг хүсч байна. <input type="checkbox"/>
Өөртөө холбогдох зүйл дээр <input checked="" type="checkbox"/> тэмдэглэгээг хийнэ үү.		
<p>1. Сүү болон кальци ихтэй буурцагны сүү, бусад сүүн бүтээгдэхүүн(тараг зэрэг)–ийг өдөрт 1аяга(200мл) ба түүнээс дээш хэмжээгээр уудаг. <input type="checkbox"/> Байнга уудаг талдаа(5оноо) <input type="checkbox"/> ерөнхийдөө(3оноо) <input type="checkbox"/> уудаггүй талдаа(1оноо)</p> <p>2. махан бүтээгдэхүүн, загас, өндөг, вандуй, дүфү гэх мэт болсон хоол 3 ба түүнээс дээш удаа иддэг. <input type="checkbox"/> байнга тийм талдаа(5оноо) <input type="checkbox"/> ерөнхийдөө(3оноо) <input type="checkbox"/> бараг үгүй талдаа(1оноо)</p> <p>3. Кимчинээс бусад ногоог хоол идэх бүртгээ иддэг. <input type="checkbox"/> байнга тийм талдаа(5оноо) <input type="checkbox"/> ерөнхийдөө(3оноо) <input type="checkbox"/> бараг үгүй талдаа(1оноо)</p> <p>4. Жимс(1ш) болон жимсний жүүс(1аяга) өдөр бүр хэрэглэдэг. <input type="checkbox"/> байнга тийм талдаа(5оноо) <input type="checkbox"/> ерөнхийдөө(3оноо) <input type="checkbox"/> бараг үгүй талдаа(1оноо)</p> <p>5. Шарсан хуурсан хоол хэр зэрэг байнга хэрэглэдэг вэ? <input type="checkbox"/> долоо хоногт 4ба түүнээс дээш(1оноо) <input type="checkbox"/> долоо хоногт 2–3удаа (3оноо) <input type="checkbox"/> долоо хоногт 1 ба түүнээс доош (5оноо)</p> <p>6. Хлостерол ихтэй хүнсний бүтээгдэхүүн(гахайн харьвингийн мах, өндөгний шар, наймаалж гэх мэт) хэр зэрэг байнга хэрэглэдэг вэ? <input type="checkbox"/> долоо хоногт 4ба түүнээс дээш (1оноо) <input type="checkbox"/> долоо хоногт 2–3удаа (3оноо) <input type="checkbox"/> долоо хоногт 1 ба түүнээс доош(5оноо)</p> <p>7. Зайрмаг, бялуу, жигнэмэг, ундаа(кофе, кола, шигхэ гэх мэт) дундаас аль нэгийг нь өдөр бүр иддэг. <input type="checkbox"/> байнга тийм талдаа(1 оноо) <input type="checkbox"/> ерөнхийдөө(3оноо) <input type="checkbox"/> бараг үгүй талдаа(5оноо)</p> <p>8. Жодгал, жангачи, жабан зэргийг өдөр бүр иддэг. <input type="checkbox"/> байнга тийм талдаа(1 оноо) <input type="checkbox"/> ерөнхийдөө(3оноо) <input type="checkbox"/> бараг үгүй талдаа(5оноо)</p> <p>9. Хоолоо өдөр бүр тогтсон цагт иддэг. <input type="checkbox"/> байнга тийм талдаа(5 оноо) <input type="checkbox"/> ерөнхийдөө(3оноо) <input type="checkbox"/> бараг үгүй талдаа(1оноо)</p> <p>10. буудайн төрөл(будуа, талх), махзагас-өндөг-вандуйн төрөл, ногоон төрөл, жимсний төрөл, сүүн төрөл гэх зэрэг нийт 5 төрлийн хүнсний бүтээгдэхүүн дундаас өдөрт ерөнхийдөө хэдэн төрлийн зүйлийг нь иддэг вэ? <input type="checkbox"/> 5төрөл (5оноо) <input type="checkbox"/> 4төрөл (3оноо) <input type="checkbox"/> 3төрөл ба түүнээс доош(1оноо)</p> <p>11. Гадуур хооллолт(ажлын газраа иддэг хоолноос гадна) –хэр байнга байдаг вэ? <input type="checkbox"/> долоо хоногт 5ба түүнээс дээш(1оноо) <input type="checkbox"/> долоо хоногт 2–4удаа (3оноо) <input type="checkbox"/> долоо хоногт 1 ба түүнээс доош удаа(5оноо)</p>		
		НИЙТ <input type="text"/>

(Хавсралтын 12–8дугаар маягт)

Хүнс тэжээлийн жор

эмнэлэгт ирсэн огноо :	
шинжилгээ хийлгэгчийн овог нэр :	хүйс : эр/ эм
1. Одоогийн байдлаар таны хооллолтын зуршил нь	
<input type="checkbox"/> өөрчлөн шинэчлэх тал их байгаа.	
<input type="checkbox"/> энгийн .	
<input type="checkbox"/> өвчингөөс урьдчилан сэргийлж эрүүл мэндээ хамгаалах хэмжээний сайн талдаа.	
2. Хооллолтын зуршилаа өөрчлөн шинэчлэх жор	
<input type="checkbox"/> өдөр бүр 1аяга ба түүнээс дээш хэмжээгээр тослог багатай сүү, тараг, эсвэл кальцитай буурцагны сүү уугаарай.	
<input type="checkbox"/> өдөр бүр 3 ба түүнээс дээш удаа хоол бүр дээрээ багахан хэмжээгээр вандуй, дүфү, загас, махан төрлийн бүтээгдэхүүн идэж байгаарай.	
<input type="checkbox"/> хоол бүр дээрээ 1 таваг ба түүнээс дээш хэмжээний нарийн ногоо ба байцаа, салат зэргийг идээрэй.	
<input type="checkbox"/> өдөр бүр доод хэмжээ нь жимс 1ширхэг, жимсний жүүс 1 аягыг идэж ууж байгаарай.	
<input type="checkbox"/> шарсан хуурсан хоолноосоо илүү хайрсан, жигнэсэн, дэвтээн амталсан хоол идэж байгаарай.	
<input type="checkbox"/> махан төрлийн зүйл идэхдээ голдуу мах голдуу идэж, тахианы мах нь хальснаас нь салгаж идээрэй. Могой загас болон загасны түрс, гэдэс доторыг нь байнга идэсний хэрэггүй.	
<input type="checkbox"/> зайрмаг, жигнэмэг, бялуу, ундаа гэх мэт чихэрлэг зүйлээс бүтсэн хөнгөн хоол аль болох идсний хэрэггүй.	
<input type="checkbox"/> шөл, халуун тогоо зэргээс ихэвчлэн доторх ногоо махыг нь түүж идээд, жодгаль, жангачи, амталж жигнэсэн хачир зэрэг давслаг зүйлсийг бага хэрэглээрэй.	
<input type="checkbox"/> өглөөнийхөө цайг заавал ууж өдөрт Зудаа дэглэмтэйгээр хооллож байгаарай.	
<input type="checkbox"/> дуртай нэг төрлөө л сонгож идэлгүйгээр өдөр бүр буудай төрөл, мах болон загас, ногоо, жимс, сүү болон сүүн бүтээгдэхүүн зэрэг хүнсний зүйлсийг орхигдуулалгүйгэр идээрэй.	
<input type="checkbox"/> болж өгвөл гадуур хооллох тоогоо багасгаж, гадуур хооллох тохиолдолд хэт давслаг гашуун, халуун ногоотой, тостой хоол идэхээс зайлсхийгээрэй.	
<input type="checkbox"/> өдөр бүр ус доод тал нь 8аяга ба түүнээс дээш хэмжээгээр уугаарай(ерөнхий зөвлөмж)	
3. Эрүүл хооллолтоор дамжуулан эдгэрч сайжирч болох өвчний байдал	
<input type="checkbox"/> өндөр даралт	<input type="checkbox"/> сахарын шижин
<input type="checkbox"/> зүрхийн өвчийн	<input type="checkbox"/> цусан дахь хлостеролын тэнцвэргүйжилт
<input type="checkbox"/> тархиний саажилт	<input type="checkbox"/> анхан шатны болон архагшсан цус судасны өвчин
<input type="checkbox"/> ясны сийрэгжилт	<input type="checkbox"/> таргалалт / илүүдэл жин
<input type="checkbox"/> тухай өвчин	<input type="checkbox"/> бусад
Илүү мэргэжлийн туслалцаа үзүүлэхийн тулд таныг энэ газарт очихийг хүсч байна.	
хариуцсан эмчийн нэр / гарын үсэг :	

✳ Энэхүү жор нь ахуйн амьдралын зуршлыг сайжруулахын тулд зааварчилж байгаа жор бөгөөд эмчилгээ болон эм найруулахад ашиглах боломжгүй.

(Хавсралтын 12–9дүгээр маягт)

Таргалалттай холбоотой ахуй амьдралын зуршлыг дүгнэх хүснэгт

шинжилгээ өгөгчийн овог нэр		өөртөө тохирсон ахуй амьдралын зуршлийн дүгнэлтийг авахыг хүсч байна. <input type="checkbox"/>
Өөртөө тохирсон зүйл дээр <input checked="" type="checkbox"/>тэмдэглэгээг хийж өгнө үү.		
◆ Биеийн өндөр : _____ см ◆ Биеийн жин : _____ кг		
◆ Бэлхүүсний тойрог : _____ см ◆ Биеийн харьцааны үзүүлэлт : _____ кг/м ²		
1. Одоогийн биеийн жин тань арван найм естэй байх үе болон хорин нэг хоёртой байх үетэй харьцуулахад 10кг аас дээш хэмжээгээр нэмэгдсэн үү?		
<input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй		
2. Та өнөөдрийг хүртэл биеийн жингээ хасах гэж хэдэн удаа оролдож үзсэн бэ?		
<input type="checkbox"/> огт оролдож үзээгүй <input type="checkbox"/> 1+3удаа <input type="checkbox"/> 4ба түүнээс дээш <input type="checkbox"/> ямагт хичээж байгаа		
3. Та биеийн жингээ хассанаар хэвийн жингээ байнгийн хадгалахад анхааралаа хандуулж байна уу?		
<input type="checkbox"/> бараг үгүй <input type="checkbox"/> тодорхой хэмжээгээр <input type="checkbox"/> маш их		

(Хавсралтын 12–10дугаар маягт)

Таргалалтын эсрэг жор

эмнэлэгт ирсэг огноо :		
шинжилгээнд хамрагдагчийн овог нэр :	хүйс : эр/эм	
◆ Биений өндөр : _____ см	◆ Биений жин : _____ кг	
◆ Бэлхүүсний тойрог : _____ см	◆ Биений харьцуулалтын үзүүлэлт : _____ кг/м ²	
1. Та		
<input type="checkbox"/> бага жинтэйд орно.	<input type="checkbox"/> хэвийн жинтэйд орно.	
<input type="checkbox"/> таргалалтгайд орно.	<input type="checkbox"/> хэт таргалалтгайд орно.	
2. Та		
<input type="checkbox"/> хэвлийн хэсгийн таргалалттай.	<input type="checkbox"/> хэвлийн хэсгийн таргалалт байхгүй.	
3. Таны одоогийн биений жинд хавсарсан өвчин(зүрх-тархи судасны өвчин, өндөр даралт, сахарын шижин, цусан дахь холестерол гэх зэрэг) үүсэх аюул		
<input type="checkbox"/> бага	<input type="checkbox"/> ердийн	<input type="checkbox"/> бага зэрэг нэмэгдэнэ
<input type="checkbox"/> тодорхой хэмжээгээр нэмэгдэнэ	<input type="checkbox"/> нэлээд нэмэгдэнэ	<input type="checkbox"/> маш их нэмэгдэнэ.
4. Зорилго тавьж буй биений жин		
<input type="radio"/> Та өөрийнхөө одоогийн биений жинг 1шатанд (): хүртэл багасгах зорилго тавьж байна.		
<input type="radio"/> Таны 1дүгээр шатанд зорилт тавьсан биений жин _____ кг.		
<input type="radio"/> 1дүгээр шатны зорилтоо биелүүлэх хугацаа нь _____ сар байна.		
<input type="radio"/> Сар бүр багасгах жин нь _____ кг байна.		
5. Таргалалтын эсрэг жор		
<input type="checkbox"/> хоолны хэмжээгээ багасгаарай. <input type="checkbox"/> хөнгөн хоол/оройн хөнгөн зуушаа багасгаарай.		
<input type="checkbox"/> гадуур хооллох болон түргэн хоол идэхээ багасгаарай.		
(<input type="checkbox"/> тамхи татах <input type="checkbox"/> архи уух <input type="checkbox"/> биений тамир <input type="checkbox"/> хүнс тэжээл) жор бичүүлж авна уу.		
<input type="checkbox"/> Танд эмэн эмчилгээ шаардлагатай.		
<input type="checkbox"/> Бусад :		
6. Биений жингийн багасалтаар дамжуулан эдгэрч сайжирч болох таний өвчний байдал		
<input type="checkbox"/> шигдээс/зүрхний судасны бөглөрөл		
<input type="checkbox"/> хоолгүй байх үеийн сахарын дутагдал/сахарын шижин		
<input type="checkbox"/> тархиний саатал <input type="checkbox"/> өндөр даралт		
<input type="checkbox"/> цусан дахь холестерол <input type="checkbox"/> анхан шатны болон архагшсан цус судасны өвчин		
<input type="checkbox"/> нойргүйтэл <input type="checkbox"/> яс үе мөчний үрэвсэл		
<input type="checkbox"/> цистит <input type="checkbox"/> цөсний өвчин <input type="checkbox"/> бусад :		
☞ Илүү мэргэжлийн туслалцаа үзүүлэхийн тулд таныг энэ газар руу очихийг хүсч байна.		
☞ Биений жингийн хэвийн хэмжээгээ амжилттайгаар хадгалахад байнгийн анхаарал шаардлагатай.		
эмчийн нэр / гарын үсэг :		

※ Энэхүү жор нь ахуй амьдралын зуршлыг өөрчлөн шинэчлэхэд зориулагдсан бөгөөд эмчилгээ болон эм найруулахад ашиглах боломжгүй.

(Хавсралтын 13дугаар маягт)

40нас хүний сэтгэлийн гутралын үнэлгээний хүснэгт

Доорх асуултын төрлүүд нь өнгөрсөн долоо хоногийн турш таны сэтгэл зүйн байдалтай холбоотой асуулт юм.

Эдгээртэй адил үйл явдалууд өнгөрсөн долоо хоногийн турш хэр давтамжтайгаар болсон тухай тодорхой хариулна уу.

өнгөрсөн 1долоо хоногийн турш би

① маш ховор байсан (долоо хоногийн турш 1ба түүнээс доош) ② заримдаа байса (долоо хоногийн турш 1~2өдрийн турш)
③ хааяа хааяа байсан (долоо хоногийн турш 3~4өдрийн турш) ④ ихэвчлэн тийм байсан (долоо хоногийн турш 5өдрөөс дээш)

1. Энгийн үед яадаг ч үгүй байсан зүйлүүд ядаргаатай,төвөгтэй санагдаж байлаа.	①	②	③	④
2. хоол идэхийг хүсэхгүй, дуршилгүй байлаа.	①	②	③	④
3. хэн нэгэн хүн туслая гэсэн ч миний гунихарсан сэтгэлийг арилгаж чадахгүй л юм шиг байлаа.	①	②	③	④
4. ямар ч ажил хийсэн ухаан санаагаа төвлөрүүлэхэд хүндрэлтэй байлаа.	①	②	③	④
5. харьцангуй сайн өнгөрүүлсэн.	①	②	③	④
6. маш их гутарсан	①	②	③	④
7. бүхий л ажлууд хэцүү санагдсан.	①	②	③	④
8. өмнөх ажлууд хав харанхуй л санагдаж байлаа.	①	②	③	④
9. өнөөдрийн хүртэлх миний амьдрал дампуурсан амьдрал гэж бодогдож байлаа.	①	②	③	④
10. ер нь энгийн хүмүүсийн хэмжээнд бол хичээл зүтгэл гаргасан гэж бодож байна.	①	②	③	④
11. нам унтаж чадахгүй л байлаа.	①	②	③	④
12. айдастай байлаа.	①	②	③	④
13. энгийн үеийнхтэй харьцуулахад үг дуу цөөн байлаа.	①	②	③	④
14. хорвоо ертөнц дээр ганцаараа байгаа юм шиг ганцаардаж байлаа.	①	②	③	④
15. нэг их зовлонгүй өнгөрүүлээ.	①	②	③	④
16. хүмүүс надтай хүйтэн хандаж байгаа юм шиг санагдаж байлаа.	①	②	③	④
17. гэнэт уйлсан.	①	②	③	④
18. гэнэт уйтгарласан.	①	②	③	④
19. хүмүүс надад дургуй байх шиг санагдлаа.	①	②	③	④
20. ердөө юугаа ч хийх, яахаа мэдэхгүй байлаа.	①	②	③	④

*** оноо : ①дүгээр (0оноо), ②дугаар(1оноо), ③дугаар(2оноо) ④дүгээр(3оноо) / нийт 60оноо (гэхдээ, 5дугаар , 10 дугаар, 15дугаар асуулт нь эсрэг оноотой)**

(Хавсралтын 13–2дугаар маягт)

66настай хүний сэтгэлийн гутралийг дүгнэх хүснэгт

дараагийн асуулыг уншаад өөрийнхөө одоогийн байгаа байдалд холбогдсон хариулыг тэмдэглэнэ үү.

1. одоогийнхоо амьдралд ерөнхийдөө сэтгэл хангалуун байдаг уу?	тийм	үгүй
2. Сүүлийн үед ажил хөдөлмөр болон ажил хөдөлмөр хийх хүсэл эрмэлзэл их буурсан уу?	тийм	үгүй
3. өөрөө хий хоосон ажиллаж байгаа гэж бодож байна уу?	тийм	үгүй
4. амьдрал уйтгартай мэдрэгдэх үе их байдаг уу?	тийм	үгүй
5. энгийн үед сэтгэл санаа тань саруул талдаа юу?	тийм	үгүй
6. өөрт тань муу зүйл тохиох гээд байгаа юм шиг санагдаж аймшигтай байна уу?	тийм	үгүй
7. ерөнхийдөө сэтгэл санаа тань хөгжилтэй талдаа юу?	тийм	үгүй
8. мухардмал байдалтай гэсэн мэдрэмж байнга төрдөг үү?	тийм	үгүй
9. гадагшаа гарахаас дургүй тань хүрч, гэртээ л байхыг хүсч байна уу?	тийм	үгүй
10. өөрийнхөө үеийнхэний бусад ахмадуудтай харьцуулахад санах ой муу гэж боддог уу?	тийм	үгүй
11. Одоо амьдарч байгаадаа баяртай байдаг уу?	тийм	үгүй
12. одоогийн миний өөрийн байгаа байдал маань юунд ч хэрэггүй хүн гэж боддог уу?	тийм	үгүй
13. хүч тэнхээ сайн талдаа юу?	тийм	үгүй
14. одоо миний байгаа байдал ямар ч хүсэл мөрөөдөлгүй гэж бодогдож байна уу?	тийм	үгүй
15. миний өөрийн байдал маань бусад хүмүүсийн байдлаас илүү муу гэж бодогдож байна уу?	тийм	үгүй
нийлбэр(шинжилгээний байгууллагаас бөглөх)		
нийт оноо(шинжилгээний байгууллагаас бөглөх)		

※ оноо : тийм(1оноо) үгүй(0оноо) нийт 15оноо(гэхдээ, 1, 5, 7, 11, 13дугаарх нь эсрэг оноо)

(хавсралт 13–3дугаар маягт)

66-70-74настай хүмүүсийн мэдрэхүйн үйл ажиллагаан дах доройтолын үнэлгээний хүснэгт

Энэхүү асуулга нь мэдрэхүйн үйл ажиллагааны доройтолын үнэлгээнд зориулагдсан асуулгын хуудас юм. Доорх асуулг тус бүртгэй холбогдуулан 1жилийн өмнөх байдалтайгаа харьцуулахад одоогийн байгаа байдалтайгаа холбогдсон зүйл дээр тэмдэглэгээ хийж өгнө үү. (хамт ирсэн гэр бүлийн гишүүд байвал бөглөж өгөөд, байхгүй бол өөрсдөө бөглөнө үү.)

Korean Dementia Screening Questionnaire – C	үгүй (0оноо)	заримдаа (бага зэрэг) тийм (1оноо)	дандаа байнга (маш их) тийм (2оноо)
1. өнөөдөр хэдэн сар ба, ямар гариг болохыг мэдэхгүй.			
2. өөрийнхөө тавьсан зүйлээ эргээд олж чаддаггүй.			
3.нэг асуултаа давтан асуудаг.			
4. хүнгэй цаг тохирчихоод мартчихдаг			
5. юм авч ирэхээр явж байгаад замдаа мартчихаад зүгээр эргээд ирдэг.			
6. эд зүйл, хүний нэрийг хэлэх гэж зогтусан тээнгэлздэг.			
7. ярианы дундуурх агуулга ойлгогдохгүйгээс дахин давтаж асуудаг.			
8. замаа алдаад төөрсөн тохиолдол байгаа.			
9. өмнөхтэйгээ харьцуулахад тооцоолон бодох чадвар муудсан(жишээ нь: эд зүйлсийн үнэ болон хариулт мөнгөө тооцож чаддаггүй.)			
10. өмнөхтэйгээ харьцуулахад зан чанар өөрчлөгдсөн.			
11. урьд өмнө нь сайн л ажиллуулж чаддаг байсан тоног төхөөрөмжөө ашиглахдаа маруухан болсон.(угаалгын машин, цахилгаан будаа агшаагч, хагалагч машин гэх мэт)			
12. өмнөхтэйгээ харьцуулахад өрөө болон гэр орноо цэвэрлэж цэгцлэхдээ муу болсон.			
13. байгаа байдалдаа тааруулан өөрөө хувцасаа сонгож өмсөж чаддаггүй.			
14. ганцаараа олон нийтийн унаагаар зорисон газартаа очих нь хэцүү(бие организмийн асуудал(үе мөчний өвчин)–аас гадна шалтгаанаар)			
15. дотуур хувцас болон хувцас нь муухай болсон ч сольж өмсөх гэж оролддоггүй.			
оноо	/ 30		