

## Эмчилгээ хийлгэх шийдвэр гаргах үзлэгийн хариу

Шинжилгээ өгөгчийн овог нэр		Регистрийн дугаар	
Шинжилгээ өгөх өдөр		Шинжилгээ авах газар	<input type="checkbox"/> ирж үзүүлэх <input type="checkbox"/> байгаа газар нь очиж үзэх

## Эрүүл мэндийн үзлэгийн талаархи ерөнхий тэмдэглэл

Шинжилгээний хариу — ☐ хэвийн А ☐ хэвийн В (эрсдэлтэй)  
☐ Энгийн эмгэг байж болзошгүй ☐ Хууч эмгэгтэй өвчтөн

◆ Та эрүүл мэндийн ерөнхий үзлэгт орж , ооооо , ооооо , оооооооо үзлэгийн хариу гарсан байна.

\* Таны амьдралын дадал, зуршилыг үнэлсэн дүгнэлт, зөвлөгөөг үзнэ үү.

◆ Доор дурьдсан эрүүл мэндийн байдалтай холбоотойгоор та эмчилгээ хийлгэх шаардлагатай.

▷ Өвчний шинж тэмдэг:

▷ Оношилсон өвчин:

▷ Амьдралын дадал, зуршилыг зохицуулах

▷ Бусад

Ангилал	Зорилтот эмгэг	Шинжилгээний төрөл	Хариу (тодорхойлолтын утга)			
Хэмжилтийн шинжилгээ	Таргалалт / Биеийн жингийн илүүдэл	Биеийн өдөр (см) / Биеийн жин (кг)	/			
		Биеийн жингийн индекс (кг/м²)	<input type="checkbox"/> Жин дутуу (18.5 доош)	<input type="checkbox"/> Хэвийн (18.5-24.9)	<input type="checkbox"/> Жингийн илүүдэл (25-29.9)	<input type="checkbox"/> Таргалалт (30 болон түүнээс дээш)
		Бэлхүүсний тойрог(см)	<input type="checkbox"/> Хэвийн			<input type="checkbox"/> Таргалалттай хэвийн бус (Эрэгтэй: 90 болон түүнээс дээш; Эмэгтэй: 85 болон түүнээс дээш)
	Нүдний харааны согог	<input type="checkbox"/> Хараа (зүүн / баруун) <input type="checkbox"/> Гажиг засах				
	Сонсголын согог	Сонсгол (зүүн / баруун)	<input type="checkbox"/> хэвийн			<input type="checkbox"/> Эмгэг байж болзошгүй

Үзлэг (асуулга)	Өмнөх өвчний оношийн түүх		Эмэн эмчилгээ	
	Амьдралын зуршил	<input type="checkbox"/> Тамхинаас татгалзах шаардлагатай <input type="checkbox"/> Шингэн уухыг хязгаарлах шаардлагатай <input type="checkbox"/> Дасгал, хөдөлгөөн шаардлагатай <input type="checkbox"/> Булчингийн дасгал, хөдөлгөөн шаардлагатай * Эмчтэйгээ зөвлөх		

	Боломжтой нөхцөл байдал	Дүн	
Хямрал	<input type="checkbox"/> Боломжтой <input type="checkbox"/> Боломжгүй	<input type="checkbox"/> Сэтгэлийн хямралд өртөөгүй (0 ~ 4 оноо) <input type="checkbox"/> Бага зэрэг сэтгэлийн хямралын шинж тэмдэг (5 ~ 9 оноо) <input type="checkbox"/> Дунд зэргийн сэтгэл хямралын шинж тэмдэг (10 ~ 19 оноо) <input type="checkbox"/> Хүнд явцтай сэтгэл гутралын шинж тэмдэг (20 ~ 27 оноо)	
Мэдрэхүйн чадварын гажиг	<input type="checkbox"/> Боломжтой <input type="checkbox"/> Боломжгүй	<input type="checkbox"/> Онцгой шинж тэмдэг илрээгүй (0~5 оноо) <input type="checkbox"/> Танин мэдэхүйн үйл ажиллагааны эмгэгийн шинж тэмдэг (6 болон түүнээс дээш оноо)	
Ясны нягтшилтын сорил	<input type="checkbox"/> Боломжтой <input type="checkbox"/> Боломжгүй		<input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Ясны эд нягтаа алдсан <input type="checkbox"/> Яс сийрэгжилт
Ахимаг насны бие махбодын үйл ажиллагааг үнэлэх	<input type="checkbox"/> Боломжтой <input type="checkbox"/> Боломжгүй	<input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Бие махбодын үйл ажиллагаа доройтсон	
Ахимаг насанд дахь үйл ажиллагааны үнэлгээ (асуулгаар)	<input type="checkbox"/> Боломжтой <input type="checkbox"/> Боломжгүй	Доройтох	<input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Доройтох өндөр эрсдэлтэй
		Өдөр тутмын үйл ажиллагаа гүйцэтгэх чадвар	<input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Өдөр тутмын хэвийн амьдралд тусламж хэрэгтэй
		Вакцин	<input type="checkbox"/> Томуугийн вакцин тарих шаардлагатай <input type="checkbox"/> Пневмококкт вакцин тарих шаардлагатай <input type="checkbox"/> Вакцин тарих шаардлагагүй
		Шээс задгайрах	<input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Шээс задгайрах шинж тэмдэг

Дээрхи мэдээллүүдийг эрүүл мэндийн үзлэгийн дүнгээр баталгаажуулдаг.

20 ..... оны .....-р сарын .....

Үзлэг хийсэн огноо:      Эмчийн тусгай зөвшөөрлийн дугаар:      Нэр      (гарын үсэг)  
(Эмнэлэг      )