



ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН МЭДЭЭЛЭЛ

Овог : _____ Нэр: _____ Элсэн орж буй анги: _____

Төрсөн он сар өдөр: _____ (DD/MM/YYYY)

Яаралтай үед тантай холбоо барих боломжгүй тохиолдолд холбоо барих хамаатан садан/хөрш / найзын нэр, утсыг бичнэ үү.

Нэр: _____ Сурагчийн юу нь болох: _____

Гэрийн утас: _____ Гар утас: _____ И-мэйл: _____

Танай хүүхэд одоогийн байдлаар доорх өвчний аль нэгээр өвдсөн эсэхийг тэмдэглэнэ үү.

- Чихрийн шижин Бөөрний өвчин Элэгний өвчин Ясны бэртэлтэй
- Хараа муу Зүрх өвддөг Нүдний шил зүүдэг Стресстэй
- Сонсгол муу Цусны өвчин Хагалгаа хийлгэсэн эсэх
- Астэмтай эсэх Хүнд Хөнгөн Шалтгаан _____
- Хоол хүнс болон эмийн харшилтай эсэх:
- _____

- Ямар нэгэн эм, тариа тогтмол, өдөр тутам хэрэглэдэг эсэх: _____
(*эм уух шаардлагатай бол сурагч заавал эцэг, эхээс бичиг авчирна.)

Танай хүүхэд доорхи өвчнүүдээр өвчилсөн эсэхийг тэмдэглэнэ үү:

- Салхин цэцэг Шар Полиемилит Хоолойн өвчин
- Саа Хумхаа Сүрьеэ Хэрлэг
- Улаан эсэргэнэ Бамбай Улаан бурхан Гахайн хавдар
- Сахуу Хөхүүл ханиад

Вакцинжуулсан эсэх

Вакцины нэр	Он сар өдөр	Вакцины нэр	Он сар өдөр
Сүрьеэ		Полимелит	
ММР (салхин цэцэг, гахайн хавдар, улаан бурхан)		ССТ (Саа, Сахуу, Татран)	
В шар		Сүүлийн рентгэний огноо	

Эцэг, эхийн гарын үсэг: _____ Огноо ____ / ____ / ____