

# BRITISH SCHOOL OF ULAANBAATAR MEDICAL FORM

Student information Сурагчийн мэдээлэл	<b>Student/ Сурагч</b>	<b>Emergency contact/ Яаралтай үед холбоо барих хүн</b>
	First Name/Нэр:	First Name/Нэр:
	Last Name/Овог:	Last Name/Овог:
	Year Group/Анги:	Relation to student/Хэн болох:
	Date of birth/Төрсөн он сар өдөр:	Email and mobile phone/И-мэйл хаяг ба утасны дугаар:

Allergen information Харшлын мэдээлэл	<b>Yes/Тийм</b>	<b>No/Үгүй</b>
	<b>Please specify if yes/ Хэрвээ харшилтай бол юунд гэдгийг дэлгэрэнгүй бичиж өгнө үү.</b>	

Medical condition Эрүүл мэндийн талаархи мэдээлэл	<b>Please check any of the following conditions which currently affect your child/ Таны хүүхэд одоогийн байдлаар дараах өвчний аль нэгээр өвдсөн эсэхийг тэмдэглэнэ үү.</b>			
	<input type="checkbox"/> Diabetes Чихрийн шижин	<input type="checkbox"/> Kidney/ Bladder Бөөр/Давсаг	<input type="checkbox"/> Liver /Spleen Элэг/Дэлүү	<input type="checkbox"/> Orthopaedic disease Тулгуур эрхтний өвчлөл
	<input type="checkbox"/> Vision problem Харааны эмгэг	<input type="checkbox"/> Heart problem Зүрхний эмгэг	<input type="checkbox"/> Eye glasses Нүдний шил зүүдэг	<input type="checkbox"/> Depression Сэтгэл гутрал
	<input type="checkbox"/> Hearing problem Сонголын эмгэг	<input type="checkbox"/> Blood disorder Цусны эмгэг	<input type="checkbox"/> Epilepsy Таталт	<input type="checkbox"/> Asthma Астма
	<input type="checkbox"/> Daily medication Өдөр тутам хэрэглэдэг эм тариа	Please specify if yes/Тийм бол тодруулж бичнэ үү:		

Medical information Өвчний түүх	<b>Please check if your child has had any of the following diseases/Таны хүүхэд доорх өвчнөөр өвчилж байсан эсэхийг тэмдэглэнэ үү.</b>			
	<input type="checkbox"/> Chicken pox Салхин цэцэг	<input type="checkbox"/> Hepatitis Гепатит	<input type="checkbox"/> Tuberculosis Сүрьеэ	<input type="checkbox"/> Pertussis Хөхүүлэг ханиад
	<input type="checkbox"/> Poliomyelitis Саа	<input type="checkbox"/> Diphtheria Сахуу	<input type="checkbox"/> Mumps Гахайн хавдар	<input type="checkbox"/> Rheumatism Хэрлэг
	<input type="checkbox"/> Rubella Улаанууд	<input type="checkbox"/> Thyroiditis Бамбай	<input type="checkbox"/> Measles Улаан бурхан	<input type="checkbox"/> Covid Ковид
	<input type="checkbox"/> Other/Бусад			

**Sidenote: Students have swimming lessons 2 times a week. Therefore, please bring a swab test result to the school doctor.**

**Жич: Хүүхдүүд долоо хоногт 2 удаа усан бассейны хичээлд хамрагдах тул цагаан хорхойн шинжилгээний хариуг сургуулийн эмчид авчирч өгнө үү.**

# Immunization Record

Names of Vaccines Вакцинуудын нэр	Within 24 hours since birth Төрсний дараах 24цаг дотор	2months 2сартай	3months 3сартай	4months 4сартай	9months 9сартай	2 years old 2-3 настай	7 years old 7настай	15 years old 15 настай
Vaccine for Tuberculosis (BCG) Сүрьеэгийн эсрэг тарилга								
Oral Polio vaccine (OPV) Полиомиелитийн (Хүүхдийн тархи нугасны халдварт саа) эсрэг тарилга								
Hepatitis B vaccine (Hep B) B гепатитийн эсрэг тарилга								
Measles, Mumps, Rubella vaccine (MMR) Улаанбурхан, гахайн хавдар, улаануудын эсрэг тарилга								
Penta vaccine Diphtheria, Tetanus, Pertussis, Hepatitis B, Haemophilus influenzae B Таван (сахуу, хөхүүл ханиад, татран, B гепатит, хемофилюс инфлюэнза B)								
Diphtheria, Tetanus vaccine (DT) Сахуу, татран өвчний эсрэг сэргийлэх тарилга								
Flu vaccine Ханиадны эсрэг вакцин								
COVID vaccine Ковидын эсрэг вакцин								
Pneumococcal (PCV130) Хатгааны эсрэг тарилга								
Other vaccines Өөр бусад вакцин								

Parent/Legal guardian's signature/Эцэг эхийн/Хууль ёсны асран халамжлагчийн гарын үсэг:.....

Date/ Он сар өдөр: ...../...../...../