

# エスニコ健康データ “Эснико” Эрүүл Мэндийн Үзүүлэлтүүд

## モンゴル語訳版 Монгол орчуулгатай хувилбар JM-1801

年 Он \_\_\_\_\_ 月 Сар \_\_\_\_\_ 日 Өдөр \_\_\_\_\_ 曜日 Гариг \_\_\_\_\_

必要事項をお書き下さい Доорх асуултуудад хариулна уу.

氏名 Овог нэр	
生年月日 Төрсөн он сар өдөр 年齢 Нас	年 он _____ 月 сар _____ 日 өдөр _____ 才 _____ настай
血液型 Цусны бүлэг	RH : <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> - A B O AB <input type="checkbox"/> 不明 Мэдэхгүй <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 4
性別 Хүйс	<input type="checkbox"/> 男 Эр <input type="checkbox"/> 女 Эм
身長 Өндөр 体重 Жин	_____ с m см _____ kg кг
健康保険 Эрүүл мэндийн даатгал	<input type="checkbox"/> ない Байхгүй <input type="checkbox"/> 社会保険 Нийгмийн даатгал <input type="checkbox"/> 国民健康保険 Японы үндэсний эрүүл мэндийн даатгал <input type="checkbox"/> その他 Бусад _____
国籍 Иргэншил	
母国語 Төрөлх хэл	
話せる言語名 Эзэмшсэн гадаад хэл	<input type="checkbox"/> 英語 Англи <input type="checkbox"/> 中国語 Хятад <input type="checkbox"/> ロシア語 Орос <input type="checkbox"/> 韓国語 Солонгос <input type="checkbox"/> その他 Бусад _____
現住所 Одоо амьдарч хаяг	〒 _____ Шуудангийн дугаар _____
自宅電話番号 Гэрийн утасны дугаар	
FAX番号 Факсын дугаар	
携帯電話番号 Гар утасны дугаар	
Eメールアドレス И-майл хаяг	
職業 Мэргэжил	<input type="checkbox"/> 大学生 Оюутан <input type="checkbox"/> 留学生 Гадаадад суралцдаг оюутан <input type="checkbox"/> 教員 Багш <input type="checkbox"/> 会社員 Компаны ажилтан <input type="checkbox"/> 公務員 Төрийн албан хаагч <input type="checkbox"/> 自営 Хувиараа <input type="checkbox"/> サービス業 Үйлчилгээний байгууллагад ажилладаг <input type="checkbox"/> 無職 Ажилгүй <input type="checkbox"/> その他 Бусад _____
勤務先又は学校名 Ажлын газрын эсвэл сургуулийн нэр	
勤務先又は学校の所在地、電話番号 Ажлын газрын эсвэл сургуулийн хаяг, утасны дугаар	〒 _____ Шуудангийн дугаар _____  Утасны дугаар:

現在までの在日期間 Японд хэр удах вэ?	<input type="checkbox"/> 1 週間以内 7 хоног хүртэл <input type="checkbox"/> 1 ヶ月以内 1 сар хүртэл <input type="checkbox"/> 1 年以内 1 жил хүртэл <input type="checkbox"/> 1~3 年    1~3 жил <input type="checkbox"/> 3 年以上 3-аас дээш жил
同居家族 Хэнтэйгээ амьдардаг вэ?	<input type="checkbox"/> いない Байхгүй <input type="checkbox"/> 夫 Нөхрийн хамт <input type="checkbox"/> 妻 Эхнэрийн хамт <input type="checkbox"/> 子 Хүүхдүүдийн хамт <input type="checkbox"/> 友人 Найзын хамт <input type="checkbox"/> 父 Эцгийн хамт <input type="checkbox"/> 母 Эхийн хамт <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 Ах/Эгч дүүсийн хамт <input type="checkbox"/> その他 Бусад _____
緊急時の連絡先、電話番号 Яаралтай үед холбоо барих хүний хаяг, утасны дугаар	〒 _____ Шуудангийн дугаар  Утасны дугаар: _____
飲酒 Согтууруулах ундаа хэрэглэдэг эсэх	<input type="checkbox"/> 全く飲まない <input type="checkbox"/> 時々飲む    Хааяа <input type="checkbox"/> 毎日飲む <input type="checkbox"/> その他 Бусад _____
1 日の喫煙 Өдөрт татдаг тамхины тоо ширхэг	<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 1~10 本    1~10 ширхэг <input type="checkbox"/> 11~20 本 <input type="checkbox"/> 21 本以上    21-с дээш ширхэг
習慣上食べられないもの Иддэггүй хоол хүнс байдаг эсэх	<input type="checkbox"/> ない Байхгүй <input type="checkbox"/> 豚肉 Гахайн мах <input type="checkbox"/> 牛肉 Үхрийн мах <input type="checkbox"/> 鶏肉 Тахианы мах <input type="checkbox"/> その他 Бусад _____
食物アレルギー Хоол хүнсний харшилтай эсэх	<input type="checkbox"/> ない Байхгүй <input type="checkbox"/> ある Байгаа 食物の名    Хоол хүнсний нэр _____
薬品アレルギー Эмийн бодисын харшилтай эсэх	<input type="checkbox"/> ない Байхгүй <input type="checkbox"/> ある Байгаа 薬品名    Эмийн бодисын нэр _____
服用中の薬はありますか？ Одоогоор хэрэглэж буй эм байгаа юу?	<input type="checkbox"/> ない Байхгүй <input type="checkbox"/> ある Байгаа 薬品名    Эмийн нэр _____
現在治療中の病名 Одоогоор эмчилгээтэй байгаа өвчин байгаа юу?	
既往症    Өмнө нь өвдөж байсан эсэх	<input type="checkbox"/> 特にない <input type="checkbox"/> はしか <input type="checkbox"/> 虫垂炎 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 痛風 <input type="checkbox"/> その他 Бусад _____
持病    Архаг хууч өвчтэй эсэх	<input type="checkbox"/> 特にない <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 痛風 <input type="checkbox"/> その他 Бусад _____
現在気になる症状はありますか？ Одоогоор мэдрэгдэж буй шинж тэмдэг байгаа вэ?	<input type="checkbox"/> ない Байхгүй <input type="checkbox"/> ある Байгаа どのような症状ですか？ Ямар шинж тэмдэг вэ？ _____

