

ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН МЭДЭЭЛЭЛ

Нэр: _____ Анги: _____

Төрсөн он сар өдөр _____

Яаралтай үед холбоо барих хамаатан садан/найзын нэр, утсыг бичнэ үү.

Нэр _____

Сурагчийн юу нь болох _____

Гэрийн утас _____ Гар утас _____

И-мейл: _____

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
 Астматай эсэх Хүнд Хөнгөн Шалтгаан _____
 Ямар нэгэн юмнаас харшилтай эсэх: /Жишээлбэл: газрын самар, жимс г.м/

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

Танай хүүхэд доорхи өвчнүүдээр өвчилсөн эсэхийг тэмдэглэнэ үү:

- Салхин цэцэг Шар Полимиелит 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: _____ / _____ / _____
 өдөр сар жил