

Гадаад улсын аспирант/мэргэжил дадлагажигч
外国人研修生・技能実習生のための

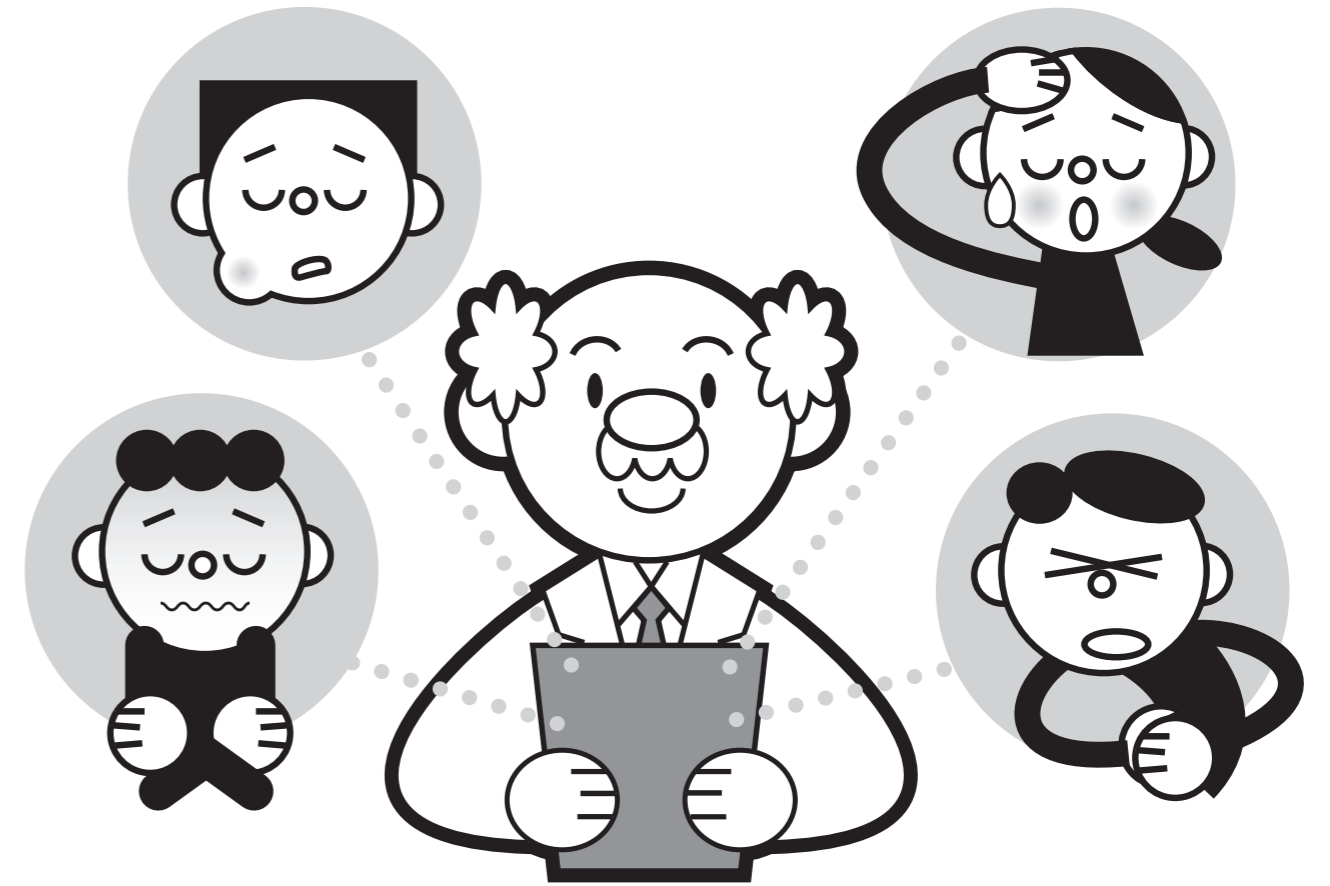
Эмнэлгийн албан газарт гаргах өөрийн мэдүүлэг хүснэгт

医療機関への自己申告表

Танай бие махбодын байдалын тухай нөхвөрлэх асуулт

補助問診票

JITCO



(Гадаад улсын аспирант/мэргэжил дадлагажигч)
(外国人研修生・技能実習生のための)

ЭМНЭЛГИЙН АЛБАН ГАЗАРТ ГАРГАХ ӨӨРИЙН МЭДҮҮЛЭГ ХҮСНЭГТ 医療機関への自己申告表

Тэмдэглэсэн : он сар өдөр
記入日 年 月 日

Энэ хүснэгт нь танай бие махбодын байдалын асуудалд нөхвөрлэж, эмнэлгийн газарт хангах хэрэгтэй зүйлс мэдүүлэх юм. Эмнэлгийн газар хүрхээс өмнө нь зохистой дээр тэмдэглэж, эмнэлгийн хүлээн авах газарт өгөх хэрэгтэй.
病院へ申告するための「受付窓口での必要事項」と「補助問診票」です。予め記入し、該当する□に√印を付け、受付窓口へ提出して下さい。

ХҮЛЭЭН АВАХ ГАЗАР ЛАВЛАХ АСУУЛТ 受付窓口での必要事項

(1)	Овог-нэр Нэр : 名前
(2)	Хүйс : <input type="checkbox"/> Эрэгтэй <input type="checkbox"/> Эмэгтэй 性別 男 女
(3)	Төрсөн он сар өдөр : Он сар Өдөр 生年月日 年 月 日
(4)	Нас : 年齢
(5)	Иргэний харьяал : 国籍
(6)	Хаяг : 住所
(7)	Утасны номер : 電話番号
(8)	Харилцах 連絡先 Байгууллагын нэр : 企業名 Батлагч : 担当者名 Утасны номер : 電話番号

(9)	Та ямар өвчний салаанд хүрэх бэ? 何科を受診しますか。 <input type="checkbox"/> Дотор өвчний салаа <input type="checkbox"/> Хирурги <input type="checkbox"/> Дүр засах салаа 内科 外科 整形外科 <input type="checkbox"/> Нүдний салаа <input type="checkbox"/> Чих хамар хоолойн салаа <input type="checkbox"/> Шүдний салаа 眼科 耳鼻咽喉科 歯科 <input type="checkbox"/> Шээс ялгаллуулах салаа <input type="checkbox"/> Эх барих, эмэгтэйчуудийн салаа <input type="checkbox"/> Арьсан салаа 泌尿器科 産婦人科 皮膚科 <input type="checkbox"/> Сэтгэлийн Дотор өвчний салаа· Оюун ухаан салаа <input type="checkbox"/> Түргэн туслах салаа 心療内科・精神科 救急外来 <input type="checkbox"/> Бусад <input type="checkbox"/> Мэдэхгүй その他 わかりません
(10)	Та хэжээ японд ирсэн вэ? いつ日本に来ましたか Он сар Өдөр 年 月 日
(11)	Та япон хэл мэдэх үү? 日本語は話せますか。 <input type="checkbox"/> Мэднэ <input type="checkbox"/> Бага зэрэг ойлгоно. <input type="checkbox"/> Мэдэхгүй はい 簡単な日本語は分かります。 いいえ
(12)	Эмчилгээний зардал 医療費について <input type="checkbox"/> () Би эрүүл мэндийн даатгалтай. Эрүүл мэндийн даатгалын номер 健康保険に加入しています。 健康保険証番号 <input type="checkbox"/> Би эрүүл мэндийн даатгалгүй,бүх зардал өөрөө хариуцах. 健康保険に加入していませんので、全額自費で払います。 <input type="checkbox"/> Би ажил дээр осол гэмтэл авсан учраас би ажилчин осол гэмтэлийн даатгал өргөдөл гаргана. 労災事故であり、労災保険の申請をします。

Тэмдэглэсэн : он сар өдөр
記入日 年 月 日

Танай бие махбодын байдалын тухай нөхвөрлэх асуулт 補助問診票

I Төрлийн түүх 家族歴について

Хэрвээ нас барсан хүн багтан танай гэр хоотлоор нь дор дурдсан ямар нэгэн өвчин эсгүүл халдварт өвчин туссан бол, -ийг нь-гээр дугуйлаарай.
亡くなった方も含めて家族にも以下の症状があれば、□の周りを○で囲んで下さい。

II Эмнэлгэт суусан түүх карт 既往症について

- (1) Та урьд нь ямар нэгэн өвчинтэй байсан уу? Тийм Үгүй
今まで病気にかかったことはありますか。 はい いいえ

Хэрвээ тийм гэвэл, дор дурдсан өвчинтэй байсан вол тэмдэглээрэй。
「はい」と答えた場合、該当するものに、√印を付けて下さい。

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Амьсгал замын өвчин
呼吸器の病気 | <input type="checkbox"/> Шингээлтийн систем
消化器の病気 |
| <input type="checkbox"/> Өндөр цусны даралт
高血圧症 | <input type="checkbox"/> Зүрхний өвчин
心臓の病気 |
| <input type="checkbox"/> Шээс ялгаллуулах систем
泌尿器の病気 | <input type="checkbox"/> Эмэгтэичүүдийн өвчин
婦人科の病気 |
| <input type="checkbox"/> Халдварт өвчин
感染症 | <input type="checkbox"/> Аллэргий
アレルギー疾患 |
| <input type="checkbox"/> Мэдрэлийн өвчин
心の病気 | |

Хэрвээ өөр өвчинтэй байвал түүний нэр : ()
その他あれば、記入して下さい。

- (2) Та тогтмол эм ууж байна уу? Тийм Үгүй
現在、定期的に飲んでる薬がありますか。 ある ない

Хэрвээ тийм бол, дор дурдсан зохистой дээр тэмдэглээрэй。
「ある」と答えた場合、該当するものに、√印を付けて下さい。

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Амьсгал замын эм
呼吸器病の治療薬 | <input type="checkbox"/> Шингээлтийн эм
消化器病の治療薬 |
| <input type="checkbox"/> Цусний аралт буушлуулах эм
高血圧の治療薬 | <input type="checkbox"/> Зүрхний өвчинь эм
心臓病の治療薬 |

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ноирсуулах эм
睡眠薬 | <input type="checkbox"/> Сэтгэл тайвшрах эм
精神安定剤 |
| <input type="checkbox"/> Өөрийнхан улсын дотоодын үйлдвэрэлсэн эм.
母国から持ってきた。 | <input type="checkbox"/> Бусад
その他 |

Хэрвээ эмийн нэр мэдвэл эмийн нэр : ()
薬の名前がわかれば、記入して下さい。

- (3) Та урьд нь эм уусан эсвэл тариагаа хийсний хойно арьсны өвчин олсон эсвэл өвчин туссан уу?
今まで薬を飲んだり、注射をした後に、皮膚に発疹が出たり、具合が悪くなったことがありますか。
- Тийм Үгүй
ある ない

Хэрвээ тийм гэвэл, дор дурдсан эмнээс зохистой юм тэмдэглээрэй。
「ある」と答えた場合、該当するものに、√印を付けて下さい。

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Наркотик
ピリン系の薬 | <input type="checkbox"/> Антибиотик
抗生物質 |
| <input type="checkbox"/> Мэдээ алдуулах эм
麻酔薬 | <input type="checkbox"/> Бусад
その他 |

Хэрвээ эмийн нэр мэдвэл эмийн албан нэр. ()
薬の名前がわかれば、記入して下さい。

III Архи ба тамхи 酒またはタバコについて

- (1) Та архи уух уу?
お酒を飲みますか。
- Тийм Үгүй
はい いいえ

Хэрэв тийм гэвэл, дор дурдсан нийцэх юм бичээрэй。
「はい」と答えた場合、該当するものに、記入して下さい。

Нэг удаанд хир зэрэг архи уух бэ?

1 回に飲む量は、主に

- ___ лонх пиво 2. ___ мл сакэ буюу япон ариун архи
ビール___本 日本酒 ___ml
- ___мл шочүү (япон цэвэр архи)
焼酎 ___ml
- Бусад()
その他

- (2) Тамхи татах уу?
たばこを吸っていますか。
- Тийм (___ширхэг тамхи/нэг өдөрт) Үгүй
はい (一日に約 ___本) いいえ

IV Та яагаад эмнэлэгт ирсэн вэ?

どうしたのですか。

- Миний бие аягүй байна。 Миний бие шархтсан байна。 Хэвийн бус юм шинжилгээ дээр гарсан。
体の調子が悪いので、来ました。 ケガをしたので、来ました。 健康診断で異常がみつかりましたので、来ました。

(1) Өвчний цогц байдал

体全体の症状

- Би халуурж байна。 Миний халуун ____ градус。
熱があります。熱が ____ 度あります。
- Би үргэлж ядардаг。
疲れがとれない。
- Минь сэтгэл бие тэсэхгүй байна。
体がだるいのです。
- Би хялбар ханиад хүртэг。
風邪をひきやすいです。
- Минь толгой эргэж нүд эрээлж байна。
めまいがします。
- Би нойр хулжиж, маш эрт босох。
寝つきが悪かったり、朝早く目が覚めたりします。
- Би тун урам сэтгэл унах ба сэтгэл зовох。
気持ちが落ち込み、ゆううつです。
- Би урьд нь цэнгэлж байснийг одоо цэнгэлэхгүй болсон。
今まで楽しめていたことが楽しめません。
- Бусад
その他

(2) Миний энэ байдал нь ____ өдөр үргэлжлэж байна。

症状は、 ____ 日前からです。

V Та хэрэв хэвийн бус газар байвал тэмдэглээрэй。

√印を付けた体の部位に異常があります。

- | | | | |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Толгой
頭・顔 | <input type="checkbox"/> 2. Нүд
目 | <input type="checkbox"/> 3. Чих
耳 | <input type="checkbox"/> 4. Хамар
鼻 |
| <input type="checkbox"/> 5. Ам
口 | <input type="checkbox"/> 6. Шүд
歯 | <input type="checkbox"/> 7. Хоолой
のど | |
| <input type="checkbox"/> 8. Хүзүү/мөр
首・肩 | <input type="checkbox"/> 9. Өвчүү
胸 | <input type="checkbox"/> 10. Ходоод
胃 | |
| <input type="checkbox"/> 11. Гэдэс
腹 | <input type="checkbox"/> 12. Хошногон сүв/Шээс ялгаллуулах систем/Бэлгийн эрхтэн
肛門・泌尿器・生殖器 | <input type="checkbox"/> 13. Арнуруу/Нурууний дуудхсэг
背・腰 | |
| <input type="checkbox"/> 14. Гар/Тохой/хөл/Үе мөч
手・腕・足・関節 | <input type="checkbox"/> 15. Арьс
皮膚 | | |

VI V дээр тэмдэглэсэн газар өвөдж байна уу?

Vで√印を付けた部位に、痛みがありますか。

- Тийм Үгүй
痛みがあります。 痛みはありません。

Хэрэв тийм гэвэл хоосон газарт тохих тоо бичээрэй。

「はい」と答えた場合、該当するものに、記入して下さい。

Энэ өвчин нь ____ өдөрийн өмнө эсгүүл ____ цагын өмнө эхлэсэн。

その痛みは、 ____ 日前又は ____ 時間前から始まりました。

VII 1. Толгой/Царай

頭/顔

Толгой

頭

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Толгойн гадагууд өвдөх。
表面が痛みます。 | <input type="checkbox"/> Толгойн дотоор өвдөх。
内部が痛みます。 |
| <input type="checkbox"/> Толгойн хэсэг өвдөх。
部分的に痛みます。 | <input type="checkbox"/> Толгойн лугшиж өвдөх。
ズキンズキンします。 |
| <input type="checkbox"/> Далд өвдөх。
ジーンとした痛みがあります。 | <input type="checkbox"/> Шахаж өвдөх。
しめつけるように痛みます。 |
| <input type="checkbox"/> Толгой хүнд。
重く感じます。 | <input type="checkbox"/> Толгой эргэж нүд эрээлэх。
くらくらします。 |
| <input type="checkbox"/> Толгой тодорхойгүй。
ぼおっとしてすっきりしません。 | <input type="checkbox"/> Бусад
その他 |

Царай

顔

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Нүүр халуу оргих。
ほてります。 | <input type="checkbox"/> Царай хавагнах。
むくんでいます。 |
| <input type="checkbox"/> Царай гагах。
ピクピク痙攣します。 | <input type="checkbox"/> Бусад
その他 |

2. Нүд

目

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Нүдэнд(зүүн/баруун)юм байх шиг санагдах。
(右・左)に異物感があります。 | |
| <input type="checkbox"/> (Зүүн/Баруун) нүд өвдөх。
(右・左)が痛みます。 | <input type="checkbox"/> (Зүүн/Баруун) нүд загалах。
(右・左)がかゆい。 |
| <input type="checkbox"/> Нүд хялбар ядардаг。
疲れやすい。 | |
| <input type="checkbox"/> (Зүүн/Баруун) нүд улайх。
(右・左)が充血しています。 | |
| <input type="checkbox"/> Юм үзхэд тодорхойгүй болж байна。
見えにくくなってきました。 | <input type="checkbox"/> Давхар хараа。
ものが二重に見えます。 |
| <input type="checkbox"/> Нүд бүрэлзэх。
かすみます。 | <input type="checkbox"/> Нүд хуурай。
かわきます。 |
| <input type="checkbox"/> Бусад
その他 | |

3. Чих

耳

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Сонсох бэрхшээлтэй。
聞き取りにくいです。 | <input type="checkbox"/> (Зүүн/Баруун) чих дүнгэнэх。
耳鳴りがします。(右・左) |
| <input type="checkbox"/> (Зүүн/Баруун) чих өвдөх。
(右・左)が痛みます。 | <input type="checkbox"/> (Зүүн/Баруун) чих булагдах。
耳だれが出ます。(右・左) |
| <input type="checkbox"/> Бусад
その他 | |

Та тус хүснэгт өгөх үед зохистой газар байвал тэмдэглэн үү
(この頁に、該当部位があれば、症状に√印を付けて提出して下さい。)

4. Хамар

鼻

Нус гоожих.
鼻水が出ます。

Хамараас цус гарах.
鼻血が出ます。

Бусад
その他

Хамар бөгөлрөх.
鼻がつまります。

Хамрийн доторх загалах.
鼻の中がかゆい。

5. Ам

口

Ам хуурайтах.
乾きます。

Хэл өвдөх.
舌が痛い。

Амний өмхийтэй.
口臭がします。

Хацар өвдөх.
ほぼが痛い。

Аман хөндий үрэвсэл.
口内炎が来ています。

Бусад
その他

6. Шүд

歯

Шүд өвдөх.
歯が痛い。

Хүйтэн юм идэх үед өвдөх.
冷たいものがしみます。

Буйл өвдөх.
歯ぐきが痛い。

Буйлаас цус гарах.
歯ぐきから出血します。

Шүд огтолсон.
歯が欠けました。

Түр зуурын арга хэмжээ хийнэ үү.
応急措置だけして下さい。

Шүдний буйл хавдартай.
歯ぐきがはれています。

Шүдний ломб уначихсан.
歯の詰めものがとれました。

Бусад
その他

7. Хоолой

のど

Хоолой өвдөх.
痛みます。

Хоолой хуулай.
いがらっぽいのです。

Дуу гаргахад сайн гарахгүй.
声がかすれます。

Цэртэй.
痰が出ます。

Бусад
その他

Юм залгих үед хоолой өвдөх.
ものを飲み込むときに痛みます。

Хоолой бөгөлрөх шиг санагдах.
何か詰まっている感じがします。

Ханиалах.
せきが出ます。

Цуст цэргарах.
血痰が出ます。

Та тус хүснэгт өгөх үед зохистой газар байвал тэмдэглэн үү
(この頁に、該当部位があれば、症状に√印を付けて提出して下さい。)

8. Хүзүү/Мөр

首・肩

Хүзүү өвдөх.
首が痛い。

Унтаж байх үед хүзүүний булчин мужуух.
寝違えました。

Плети боюу хүзүүний зангилаа өвдөх.
むち打ち症になりました。

Бусад
その他

Эргэх/Мужуух үед өвдөх.
首が回らない・曲がらない。

Хүзүүний ар талд хөшөөд байна.
首の後ろがこります。

Мөр хөшөөд байна.
肩がこります。

9. Өвчүү

胸

Цээжээ өвдөх.
痛みます。

Өвчүү бөгөлрөх санагдах.
圧迫感があります。

Дотор эвгүйрэх.
吐き気がします。

Бусад
その他

Зүрх луг хийх.
動悸がします。

Амьсгахад хэцүү.
息がしにくいです。

Ходоод халуун шатах.
胸やけがします。

10. Ходоод

胃

Сул хөндүүрдэх.
鈍い痛みがあります。

Хүнд санагдах.
重い感じがします。

Хоолны дараа өвдөх.
食後に痛みます。

Бөөлжисэн.
吐きました。

Бусад
その他

Хурц өвдөх.
刺すように痛みます。

Өлсгөлөх үед хөндүүрдэх.
空腹時に痛みます。

Дотор эвгүйрэх.
吐き気がします。

Хоолонд дургүй.
食欲がない。

11. Гэдэс

腹

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> (бүх/баруун /зүүн)Гэдэс өвдөх.
(全体・右・左)下腹部が痛い。 | <input type="checkbox"/> Сүрхий өвдөх.
ひどく痛みます。 |
| <input type="checkbox"/> (баруун/зүүн)Хажуу өвдөх.
(右・左)脇腹が痛い。 | <input type="checkbox"/> Гэдэс өвдөж дотор эвгүйрэх.
お腹が痛くて吐き気もします。 |
| <input type="checkbox"/> Далд өвдөх.
鈍い痛みがあります。 | |
| <input type="checkbox"/> Бүх гэдэс шахаж өвдөх.
腹部全体が絞められるように痛みます。 | |
| <input type="checkbox"/> Гэдэс хөөх.
お腹がはります。 | <input type="checkbox"/> Гэдэс дуугарах.
お腹がゴロゴロします。 |
| <input type="checkbox"/> Хэцүү суулгах. [өдөөртөө ____ удаа]
ひどい下痢です。一日____回。 | |
| <input type="checkbox"/> Хөнгөвтөр суулгах.
軽い下痢です。 | <input type="checkbox"/> Өтгөн хатах, өдөөртөө ____ удаа.
便秘です。____日に1回です。 |
| <input type="checkbox"/> Бусад
その他 | |

12. Хошногон сүв /Шээс ялгаллуулах систем/ Бэлгийн эрхтэн

肛門・泌尿・生殖器

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Шамбарам.
痔があります。 | <input type="checkbox"/> Хошногон сүв загатнах.
肛門がかゆいです。 |
| <input type="checkbox"/> Цуст баас.
便に血が混じります。 | <input type="checkbox"/> Олон удаа шээх.
尿が近いです。 |
| <input type="checkbox"/> Шээх үеэр өвдөх.
排尿するときに痛みます。 | <input type="checkbox"/> Цустай шээс гарсан.
血尿が出ました。 |
| <input type="checkbox"/> Бэлгийн эрхтэнээс цус гарах.
性器から出血します。 | <input type="checkbox"/> Хэвлийн гээрцус гарсан.
おりものがあります。 |
| <input type="checkbox"/> Сарын тэмдгийн үед өвдөх.
生理痛があります。 | <input type="checkbox"/> Сарын тэмдгийн хугацаа тогтворгүй.
生理が不順です。 |
| <input type="checkbox"/> Сарын тэмдэг зогссон.
生理がとまりました。 | <input type="checkbox"/> Бэлгийн эрхтэн загатнах.
陰部にかゆみがあります。 |
| <input type="checkbox"/> Бусад
その他 | |

13. Ар нуруу/Нуруу

背・腰

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ар нуруу өвдөдөг.
背中が痛みます。 | <input type="checkbox"/> Ууц нуруу өвдөх.
腰が痛みます。 |
| <input type="checkbox"/> Ууц нуруу ядарах.
腰がだるい。 | <input type="checkbox"/> Биеэ хөдөлгөх үед өвдөх.
体を動かすときに痛い。 |
| <input type="checkbox"/> Бусад
その他 | |

14. Гар/Тохой/Хөл/Үе мөч

手・腕・足・関節

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Гар/Хөл өвдөх.
(手・足)が痛みます。 | <input type="checkbox"/> Гар/Хөл минчрэх.
(手・足)がしびれています。 |
| <input type="checkbox"/> Хөл шөрмөс татах.
足がつります。 | <input type="checkbox"/> Хөл хавагнах.
足がむくんでいます。 |
| <input type="checkbox"/> Гар ба хөл хүйтэн болох.
手足が冷たく感じます。 | <input type="checkbox"/> Гар/Хүл/Гарын хуруу мулталсан.
手・足・指をくじきました。 |
| <input type="checkbox"/> Үе мөч мужийх бэрхшээлттэй /Үе мөч сунгах бэрхшээлттэй.
関節が曲がりません・伸びにくいです。 | <input type="checkbox"/> Бусад
その他 |

15. Арьс

皮膚

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Загатнах.
かゆいです。 | <input type="checkbox"/> Өвдөх.
痛いです。 |
| <input type="checkbox"/> Яр шархтай болсон.
おできができました。 | <input type="checkbox"/> Биржрүү гарсан.
発疹が出ました。 |
| <input type="checkbox"/> Бусад
その他 | |