

БНСУ-ын ажлын байрны нөхцлийг судлах алба, тусгай эрүүл мэндийн оношлогоо шинжилгээний асуулга

Үйлдвэрийн нэр :

Ажилтны овог нэр :

※ Архаг хууч (өмнө нь өвдөж байсан, удамшлын) өвчинтэй холбоотой асуулт

※ Доорх асуултыг уншаад **одоогийн байдалтай** тохирох хэсэгт 'о' тэмдгээр хариулаарай.

1. Дараах өвчнүүдээр оношлуулж байсан болон, одоо ч эм ууж байгаа юу?

Өвчний нэр	Тархинд цус харвах (중풍)	Зүрхний өвчин (шигдээс/бах)	Өндөр даралт	Чихрийн шижин	Дислипидеми	Сүрьеэ	Бусад (Хорт хавдар гм)
Оношлогдож байсан эсэх							
Эмийн эмчилгээ хийлгэж буй эсэх							

2. Эцэг эх, ах дүү, эгч нарых нь дунд дараах өвчнөөр өвчилсөн болон нас барсан тохиолдол бий юу?

Өвчний нэр	Тархинд цус харвах (중풍)	Зүрхний өвчин (шигдээс/бах)	Өндөр даралт	Чихрийн шижин	Бусад (Хорт хавдар гм)
Байгаа					

3. Элэгний В вирустэй юу? ① Тийм ② Үгүй ③ Мэдэхгүй

※ Тамхи татахтай холбоотой асуулт

4. Дараах асуултыг уншаад өөрийнхөө **одоогийн байгаа байдалд тохирох**т хариулт өгөөрэй.

4-1. Өнөөг хүртэл наслахдаа нийт 5 хайрцаг(100ширхэг) –с их тамхи татаж байсан удаа бий юу?

- ① Байхгүй(☞ 5-р асуултанд хариулна уу)
 ② Тийм, гэхдээ одоо гарсан (☞ 4-2-р асуултанд хариулна уу)
 ③ Тийм, одоо ч гэсэн татдаг (☞ 4-3-р асуултанд хариулна уу)

4-2. **Өмнө нь тамхи татдаг** байсан ба одоо гарсан бол

Тамхинаас гарахын өмнө хэдэн жил тамхи татсан бэ?	Нийт _____ жил
Татдаг байхдаа өдөрт дунджаар хэдэн ширхэг тамхи татдаг байсан бэ?	_____ ширхэг

4-3. **Одоо ч тамхи** татдаг бол

Хэдэн жил тамхи татсан бэ?	Нийт _____ жил
Өдөрт дунджаар хэдэн ширхэг тамхи татдаг вэ?	_____ ширхэг

※ **Архи уухтай холбоотой асуулт**

5. Дараах асуултыг уншаад өөрийнхөө **одоогийн байгаа байдалд тохирохт** хариулт өгөөрэй..

5-1. Долоо хоногт дунджаар хэдэн өдөр архи уудаг вэ?

0 1 2 3 4 5 6 7

5-2. Архи уухдаа **өдөрт хэр ихийг** уудаг вэ? (※ Архи пивоы төрөл хамаарахгүй) (_____ аяга)

※ **Биеийн тамир(дасгал) хөдөлгөөнтэй холбоотой асуулт**

6. Дараах асуултыг уншаад **өнгөрсөн 1 долоо хоногийн хугацааны дасгал биеийн тамир хийсэнтэй** холбогдох хариултад ‘√’ тэмдэгээр хариулаарай.

6-1. Өнгөрсөн долоо хоногт ердийн өдрийг бодоход амьсгал их шаардсан дасгал өдөрт 20 минутаас дээш хийсэн өдрийн тоо? (Жишээ нь: гүйх, айробек, унадаг дугуйгаар маш хурдтай явах, ууланд гарах зэрэг)

0 1 2 3 4 5 6 7

6-2. Өнгөрсөн долоо хоногт ердийн өдрийг бодоход амьсгал арай их шаардсан дасгал өдөрт 30 минутаас дээш хийсэн өдрийн тоо? (Жишээ нь: хурдан алхах, теннис тоглох, энгийн хурдаар унадаг дугуй унах, мөлхөж шал угаах гэх мэт) ※6-1 асуултанд хамарсан дасгалаас гадна

0 1 2 3 4 5 6 7

6-3. Өнгөрсөн долоо хоногт нэг удаад багадаа 10 минутаас дээш алхсан тохиолдол нийлээд өдөрт нийт 30минутаас дээш алхсан өдрийн тоо? (Жишээ нь: хөнгөн дасгал, ажилд ирж очих болон амралтын цагаар алхсаныг тооцоод)

※ 6-1, 6-2 асуултанд хамарсан дасгалаас гадна

0 1 2 3 4 5 6 7

※ Хүснэгтэд үзүүлсэн шинж тэмдэгүүдийн асуулт

7. Сүүлийн 6 сарын турш илэрч байсан шинж тэмдэг, зовиур байвал хариулаарай.

Биеийн хэсэг	Шинж тэмдэгийн асуулт	Зовиур		
		Хүчтэй	Бага зэрэг	Байхгүй
Ерөнхий	Хоолны дуршил буурч турж байгаа			
	Ядарч байгаагаа маш их мэдрэх			
	Биеийн аль нэг хэсэгт бэрсүү тэмтрэгдэнэ			
Арьс	Арьс загатнаж үрэвсэлтэй			
	Арьсан дээр толбо гарсан			
	Үс, гар хөлийн хумсанд өөрчлөлт гарсан			
	Арьс холцруутаж хагарсан			
Нүд	Нүд аргаж, нулимс гарах			
	Нүдний хараа өмнөхөөсөө муудсан			
	Нүд улайж өвдөх			
Чих	Хүний яриа тод сонсогдохгүй			
	Чих шуугина			
Хамар	Хамрын цус гоожино			
	Нус гарч хамар тагжирна			
	Үнэр сайн мэдрэхгүй байх			
Амны хөндий	Буйлнаас цус гарч буйл хагарна			
	Амт сайн мэдрэхгүй байх			
Хоол боловсруулах	Гэдэс хатгуулж өвдөх			
	Аманд төмөрийн зэв шиг амт амттагдаг			
	Өтгөн хатгах			
Зүрх судас / Амьсгалын эрхтэн	Ажил хийж байхад цээж хөндүүрлэж өвдөх			
	Ажил хийж байхад ханиалгах, цэр гарах, амьсгал давчдах			
	Цээж давчдах			
	Өглөө босоход цэр гарч ханиалгах			
Нуруу / Хөл гар	Түр амарч байгаад ажилд гарахад ханиалгах			
	Гар, хөл, мөр янгинах, өвдөх			
	Гар, хөл чичирэх, чадалгүй болох			
	Гар хөлийн мэдрэх чанар муудах			
Хөл гар	Даарахаар хуруу цайрах			
	Нуруу өвдөх			

Биеийн хэсэг	Шинж тэмдэгийн асуулт	Зовиур		
		Хүчтэй	Бага зэрэг	Байхгүй
Сэтгэл /мэдрэл	Толгой өвдөх			
	Толгой эргэх			
	Санах ой муудах, мартамхай болох			
	Тавгүйтэж, түгшүүртэй байх			
	Гөлийсөн байдалтай юмуу согтсон юм шиг мэдрэмж төрөх			
	Сэтгэл санаагаа төвлөрүүлэхэд хэцүү			
Давсаг шээс боловруулах / Сарын тэмдэг	Шээс сайн гарахгүй			
	Бие хавагнах			
	Сарын тэмдэгийн мөчлөг алдагдах			
	Зулбаж байсан тохиолдол			

Тэдгээрээс гадна өөр шинж тэмдэг зовиур байвал доорх хүснэгтэд бичнэ үү.

--

* Ажил хийж байхдаа эрүүл мэнд нэг л биш байнадаа гэж мэдэрч Тийм Үгүй байсан тохиолдол бий юу?

* Ажилд хэрэглэгддэг ямар нэг бодисноос болж биед ямар нэг асуудал Тийм Үгүй үүслээдээ гэж мэдэрч байсан уу?

Эмчийн тэмдэглэл	
------------------	--

Шөнийн цагаар ажиллах – Ажилд гарах хэлбэр

Үйлдвэрийн нэр :

Ажилтны овог нэр :

* Урд өмнө өвдөж байсан архаг хууч өвчтэй бол доорх хүснэгтэд бичнэ үү

--

* Доорх асуултыг уншаад хамгийн тохирохыг сонгож V гэж тэмдэглээрэй.

1. Өнөөг хүртэл шөнийн цагаар ажилласанаа оруулаад ээлжээр ажилласан хугацаа хэдэн жил вэ?	
<input type="checkbox"/> 5 жилээс бага <input type="checkbox"/> 5-9жил <input type="checkbox"/> 10-14жтл <input type="checkbox"/> 15-19жил <input type="checkbox"/> 20с дээш жил <input type="checkbox"/> ажиллаж байгаагүй	
2. Одоогийн ажлын байрны ажиллах хэлбэрийг сонгоно уу.	
<input type="checkbox"/> 3 ээлж <input type="checkbox"/> 2 ээлж <input type="checkbox"/> өдөр өнжөөд(24цаг) <input type="checkbox"/> байнгын шөнийн ээлж <input type="checkbox"/> бусад(тогтмол биш гм)	
3. Таны ээлжийн ажлын хуваарь дүрмийн дагуу ээлжилдэг ажлын хуваарьтай юу?	
<input type="checkbox"/> Тийм (᠒᠑ 3-1 д хариулна уу) <input type="checkbox"/> Үгүй (᠒᠑ 4 т хариулна уу)	
3-1. Таны ээлжийн ажил нь үдээс өмнө → орой → шөнө гэсэн дараалалаар өөрчлөгддөг хэлбэртэй юу?	
<input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй	
4. Ажил тарснаас хойш дараагийн ажилд гарах хүртэл хэдэн цаг болдог вэ?	
<input type="checkbox"/> 11 с илүү . <input type="checkbox"/> 11 с бага.	
5. Өнгөрсөн 1 жилийн турш үргэлжлүүлэн шөнийн ажил хийсэн өдөр нийт хэдэн өдөр вэ?	
<input type="checkbox"/> Үргэлжлүүлэн ажиллаж байгаагүй <input type="checkbox"/> 2өдөр <input type="checkbox"/> 3өдөр <input type="checkbox"/> 4өдөр <input type="checkbox"/> 5 с дээш	
6. Шөнийн ажлын ачаалал болон амрах цаг нь өдрийн ажилтай харицуулахад ямар вэ?	
1) Ачаалал : өдрийн ажилтай харьцуулахад <input type="checkbox"/> адил <input type="checkbox"/> арай бага <input type="checkbox"/> арай их	
2) Амралтын цаг : өдрийн ажилтай харьцуулахад <input type="checkbox"/> адил <input type="checkbox"/> арай бага <input type="checkbox"/> арай их	
7. Шөнийн цагаар ажиллахдаа ганцаараа ажиллдаг уу?	
<input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй	
8. Шөнийн ээлжийн ажлын цагаар дараах зүйлүүдийг хэрэглэдэг үү?	
Шөнийн ажлын цагын дундуур унтах цаг	<input type="checkbox"/> Байгаа <input type="checkbox"/> Байхгүй
Амралтын өрөө	<input type="checkbox"/> Байгаа <input type="checkbox"/> Байхгүй
Хоол/шөнийн хоол/хөнгөн зууш	<input type="checkbox"/> Байгаа <input type="checkbox"/> Байхгүй
Шөнийн ажлын цагын хуваарь өөрчлөх	<input type="checkbox"/> Боломжтой <input type="checkbox"/> Боломжгүй
9. Долоо хоногт ажиллах дундаж цаг хэд вэ?	
<input type="checkbox"/> 40-с доош цаг <input type="checkbox"/> 40 цаг <input type="checkbox"/> 41-51цаг <input type="checkbox"/> 52-59цаг <input type="checkbox"/> 60-с дээш цаг	

Шөнийн цагаар ажиллах – Нойр дутагдал(нойргүйдэлийн хэмжээ)

Үйлдвэрийн нэр :

Ажилтны овог нэр :

* Урд өмнө өвдөж байсан архаг хууч өвчтэй бол доорх хүснэгтэд бичнэ үү

--

* Доорх асуултыг уншаад хамгийн тохирохыг сонгож V гэж тэмдэглээрэй

1-3. Сүүлийн 2 долоо хоног дараах асуудлууд хэр их байгааг сонгон тэмдэглээрэй.

	Байхгүй	Бага зэрэг	Дундаж	Их	Маш их
1. Нойр хүрэхгүй хэцүү байх	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Сайхан гүн унтахад хэцүү	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Амархан сэрднэ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Одоогийн унтаж байгаа хэмжээндээ хэр сэтгэл хангалуун байдаг вэ?

- Үнэхээр сэтгэл хангалуун Бага зэрэг хангалуун Яахавдээ л
 Жаахан сэтгэл дундуур Маш сэтгэл хангалуун биш

5. Таны нойр дутуу байдал нь таны өдрийн үйл ажиллагаанд саад болдог вэ?

(Өдөр ядрах, ажил дээр болон гэртээ ажил хийх чадвар, төвлөрөл, ой санамж, сэтгэл санаа зэрэг)

- Огтхон ч саадгүй Маш бага Бага зэрэг Ихэнхдээ Үнэхээр их

6. Эргэн тойрныхон чинь таны нойрны асуудлаас болж амьдрал утгагүй болж байна гэдэг үү?

- Огтхон ч үгүй Маш бага Бага зэрэг Ихэнхдээ Үнэхээр их

7. Та одоогийн байдлаар нойрны асуудлаас болж хэр их санаа зовж байгаа вэ?

- Огтхон ч үгүй Маш бага Бага зэрэг Ихэнхдээ Үнэхээр их

Шөнийн цагаар ажиллах – Нойр дутагдал (Өдрийн цагаар үүрэглэх)

Үйлдвэрийн нэр :

Ажилтны овог нэр :

* Урд өмнө өвдөж байсан архаг хууч өвчтэй бол доорх хүснэгтэд бичнэ үү

--

* Доорх асуултыг уншаад хамгийн тохирохыг сонгож V гэж тэмдэглээрэй.

	Огт үүрэглэдэггүй	Бага зэрэг	Их үүрэглэнэ	Маш их үүрэглэнэ
1. Суугаад ном уншихад	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Зурагт үзэхэд	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Театр болон хурлын танхим зэрэг олон нийтийн газа зүгээр сууж байхад	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 1 цаг орчим автобус болон унаанд суугаад явж байхад	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Үдээс хойш амралтын цагаар хэвтэж байхад	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Суугаад хэн нэгэнтэй юм ярьж байхад	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Өдрийн хоол идсэний дараа чимээгүй сууж байхад	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Машин бариад явж байхдаа ногоон гэрэл дээр түр зогсох үед	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Шөнийн цагаар ажиллах – Нойр дутагдал(Нойрны чанар)

Үйлдвэрийн нэр :

Ажилтны овог нэр :

* Урд өмнө өвдөж байсан архаг хууч өвчтэй бол доорх хүснэгтэд бичнэ үү

--

* Доорх асуултыг уншаад хамгийн тохирохыг сонгож V гэж тэмдэглээрэй

1-4.Өнгөрсөн нэг сарын турш шөнийн ажилтай байх үед нойртой холбоотой дараах асуулт тус бүрт тохирох хариулт.

1. Хэдэн цагт унтдаг вэ? ()цаг ()минут
2. Хэвтээд унтах хүртэл хэдэн цаг зарцуулдаг вэ? ()цаг ()минут
3. Хэдэн цагийн үед босдог вэ? ()цаг ()минут
4. Яг хэдэн цаг унтдаг вэ? ()цаг ()минут
5. Өнгөрсөн нэг сарын хугацаанд дараах шалтгаанаар унтахад хэцүү байсан тохиолдол хэдэн удаа вэ?

	байхгүй	Долоо хоногт 1 удаа	Долоо хоногт 1-2 удаа	Долоо хоногт 3 –с дээш удаа
30 минутын дотор унтаж чадаагүй	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Шөнө дунд болон үүрээр сэрсэн	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
00 орох гэж сэрдэг	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Хэвтээд тайван амьсгалж чадахгүй	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Чанга хухирах буюу ханиалгах	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Халуун(хүйтэн) ийг хэт мэдрэх	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Халууцсанаас болж	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Хар дарж юмуу тавгүй зүүднээс болж	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Өвдөлтөөс болж	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Бусад шалтгаанаар ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6.Өнгөрсөн нэг сарын хугацаанд нойрныхоо чанарыг дүгнэвэл ямар байх вэ?

- Маш сайн Ерөнхийдөө сайн Ерөнхийдөө муу Маш муу

7. Өнгөрсөн нэг сарын хугацаанд унтахын тулд эм (нойрны) уусан тохиолдол?

- Байхгүй Долоо хоногт 1 –с доош Долоо хоногт 1-2 удаа Долоо хоногт 3-с дээш

8. Өнгөрсөн нэг сарын хугацаанд машин барих болон хоол идэж байх үед болон олон нийтийн арга

хэмжээнд оролцож байхдаа үүрэглээд хэцүү байсан тохиолдол бий юу?

Байхгүй Долоо хоногт 1 –с доош Долоо хоногт 1-2 удаа Долоо хоногт 3-с дээш

9. Өнгөрсөн нэг сарын хугацаанд ажил үүрэгээ гүйцэтгэхэд хэр хүндрэлтэй байсан бэ?

Огтхон ч үгүй Тийм ч хэцүү биш Бага зэрэг хүндрэлтэй Маш хүндрэлтэй

Шөнийн цагаар ажиллах – Ходоод гэдэсний өвчин

Үйлдвэрийн нэр :

Ажилтны овог нэр :

* Урд өмнө өвдөж байсан архаг хууч өвчтэй бол доорх хүснэгтэд бичнэ үү

--

* Доорх асуултыг уншаад хамгийн тохирохыг сонгож V гэж тэмдэглээрэй.

1. Сүүлийн 3 сарын турш 1хүний орц хоол идэхэд ч хэцүү цадсан юм шиг мэдрэмж төрж байсан удаа бий юу?

- Огт байхгүй Сард 1 өдрөөс бага Сард 1 өдөр Сард 2-3 өдөр
 Долоо хоногт 1 өдөр Долоо хоногт 2 өдөрөөс дээш Бараг өдөр бүр

2. Хоол идсэний дараа (төвөгтэй байхаар) цатгалдсан мэдрэмж мэдрээд бсараас илүү болж байна уу?

- Үгүй Тийм

3. Сүүлийн 3 сарын турш нэг хүний орцоор идэж чадахгүй тохиолдол хэр их байсан бэ?

- Огт байхгүй Сард 1 өдрөөс бага Сард 1 өдөр Сард 2-3 өдөр
 Долоо хоногт 1 өдөр Долоо хоногт 2 өдөрөөс дээш Бараг өдөр бүр

4. Нэг хүний орцоор идэж чадахгүй байгаа хугацаа тань 6 сараас дээш болж байна уу?

- Үгүй Тийм

5. Сүүлийн 3 сарын турш хэвлийн хэсгээр (хүйсний хавь) өвдөлт мэдрэх юмуу цээж хорсох (халууоргих) шинж тэмдэг хэр их илэрсэн вэ?

- Огт байхгүй Сард 1 өдрөөс бага Сард 1 өдөр Сард 2-3 өдөр
 Долоо хоногт 1 өдөр Долоо хоногт 2 өдөрөөс дээш Бараг өдөр бүр

6. Хэвлийн хэсгээр өвдөлт мэдрэх юмуу цээж хорсох шинж тэмдэг 6 сараас дээш болж байна уу?

- Үгүй Тийм

Шөнийн цагаар ажиллах – Хөхний хорт хавдар

Үйлдвэрийн нэр :

Ажилтны овог нэр :

* Урд өмнө өвдөж байсан архаг хууч өвчтэй бол доорх хүснэгтэд бичнэ үү

--

* Доорх асуултыг уншаад хамгийн тохирохыг сонгож V гэж тэмдэглээрэй.

1. Өнгөрсөн нэг жилийн хугацаанд хөхний хавдарын шинжилгээ хийлгэсэн үү?

- Хийлгээгүй 6сард 1 удаа 3-6 сард 1 удаа
 1-2сард 1удаа 1сард 2-с дээш

2. Одоо танд илэрч буй шинж тэмдэг байвал тэмдэглэнэ үү.

- Хөхөнд бэрсүү тэмтрэгддэг.
 Хөхний толгойноос шингэн муухай үнэртэй зүйл гардаг.
 Хөхний толгой хагарах болон дотогшоо орсон.
 Шинж тэмдэг байхгүй.

3. Сүүлийн 1 жилийн турш хөхний дурангийн шинжилгээ болон хөхний ЭХО д харуулж байсан уу?

- Хийлгэж байгаагүй Хийлгэсэн