|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | **Овог нэр**  **본인** | Гэрлэсэн он сар өдөр  결혼년도: | Мэргэжил  직업: | Төрсөн он сар өдөр  생년월일:#BIRTH\_DAY\_10 | | Жирэмслээгүй хугацаа  난임기간: | Жирэмслэлтээс хамгаалсан хугацаа  피임기간: |
| 2 | **Эхнэр**  **배우자** | Овог нэр  성명: | Нас  나이: | Төрсөн он сар өдөр  생년월일: | | Эмчлэгч эмч  주치의: | Бүртгэлийн дугаар  등록번호: |
| Хаяг  주소: #ADDRESS\_SHORT | | | | | | |
| 3 | Одоогийн байдлаар гэр бүлийн хүн нь жирэмслэхээр Ча эмнэлэгт ямар нэг эмчилгээ, ажилбар хийлгэж байгаа юу?  현재 부인께서 임신을 위해 차 병원에서 어떤 시술을 진행 중이신가요?  □Ча эмнэлэгт үзүүлж байгаагүй차 병원을 다니지 않는다 □Шинжилгээ검사 □IUI인공수정  □IVF시험관 아기 □Мэс заслын зөвлөгөө수술상담 | | | | | | |
| 4 | Өнөөдөр эр эсээ хөлдөөлгөх шаардлагатай юу?(Зорилго: Гадаад руу томилолтоор явдаг, химийн эмчилгээ зэрэг шалтгааны улмаас урьдчилиад хөлдөөж хадгалуулах болсон)  금일 정자냉동이 필요하십니까?(목적:해외출국, 항암치료 등의 사정 등으로 미리 냉동보관)  □Тийм예 □Үгүй아니오 | | | | | | |
| 5 | Үрийн шингэний шинжилгээ хийлгэж байсан удаа байгаа юу?정액검사를 실시한 경험이 있으신가요?  □Тийм예 □Үгүй아니오  \*Хийлгэсэн өдөр날짜( )\*Шинжилгээ хийлгэсэн эмнэлэг검사한 병원( )  \*Шинжилгээний тоо 검사횟수( )удаа회 –\*Хариу결과 □Хэвийн 정상 □Тоо хэмжээ бага 수가 모자람 □Хөдөлгөөн муу 운동성 부족 □Хэлбэр дүрс хэвийн бус 모양이 안 좋음 □Эр эс гараагүй 무정자증 | | | | | | |
| 6 | Эр бэлгийн эсийн шинжилгээнээс гадна өөр шинжилгээ хийлгэсэн тохиолдолд хариуг бичнэ үү.  정액검사 외 다른 검사를 받은 경험이 있으시면 결과를 적어주세요  Гармоны шинжилгээ 호르몬 검사 ( ) Хромсомын шинжилгээ염색체 검사 ( )  Төмсөгнөөс эд авч үзэх шинжилгээ 고환조직검사( ) Эхо 초음파( ) | | | | | | |
| 7 | Бэлгийн харьцаанд ороогүй хугацаа(сүүлийн дур тавилт) хэд хоносон бэ? ( )өдөр  금욕기간(마지막 사정)은 어느 정도 되셨나요? ( )일 | | | | | | |
| 8 | Гэр бүлийн хүн жирэмсэн болж байсан удаа байгаа юу?부인께서 임신한 적이 있으신가요?  □тийм 예 □үгүй아니오  Анх удаа гэрлэсэн, хоёр дахь удаа гэрлэсэн тохиолдол :초혼,재혼인 경우: Жирэмсэлсэн тоо임신횟수( )удаа회,  Хүүхдийн тоо현재 자녀 수( )명, Хүүхдийн нас자녀연령( )настай세,  Байгалын жамаар зулбасан자연유산 ( )удаа회, 인공유산Эмнэлгийн аргаар үр хөндүүлсэн( )удаа회  Гэрийн бүлийн хүнд ямар нэгэн эмгэг байгаа эсэх. Умайн наалдац, умайн гуурсан хоолой битүүрсэн гэх мэт  부인께 이상이 있으셨다면 어떤 것인가요? EX) 자궁유착, 난관이 막힘 등 ( ) | | | | | | |
| 9 | Жирэмслэхийн тулд ямар нэг ажилбар хийлгэж байсан уу?  임신을 위한 시술을 받으신 경험은 있으신가요? □тийм예 □үгүй아니오  Өндгөн эс ялгарах үе тааруулан жирэмслэх оролдлого хийж байсан 배란일 측정:  ( )удаа회 ( он,сар 년도) ( эмнэлэг 병원)  Зохиомол аргаар үр хөврөл үүсгэх арга인 공 수 정:  ( )удаа회 ( он,сар 년도) ( эмнэлэг병원)  Үр шилжүүлэн суулгах арга시험관 아기:  ( )удаа회 ( он,сар 년도) ( эмнэлэг병원) | | | | | | |
| 10 | Тамхи, архи хэрэглэдэг үү?담배, 술을 하시나요? □тийм예 □үгүй아니오  Тамхи담배( хайрцаг/1өдөр 갑/1일) Хугацаа기간( он년)  Архи술( удаа/1долоо хоног)( 회/1주일)  Төрөл(архи шил병, пиво맥주 шил병)주량(소주 병, 맥주 병) Хугацаа기간( он년) | | | | | | |
| 11 | Сауна(халуун ванн багтана) халуун хүйтэн уурын өрөөний эмчилгээ хийлгэдэг үү?  사우나(반신 욕 포함) 또는 찜질 방을 가십니까? □тийм예 □үгүй아니오  Тийм тохиолдолд예: ( удаа/7хоногт회/일주일) Цаг시간( мин분 X удаа회)  халуун газар орсон цагаа бичнэ үү.뜨거운 곳에 들어가는 시간을 적어주세요 | | | | | | |
| 12 | Мэс засал болон доорхи эмгэгийн улмаас удаан хугацаагаар эмчилгээ хийлгэж байсан удаа байгаа юу?  수술이나 장기적 치료를 받으신 경험이 있으신가요? □тийм예 □үгүй아니오  ЖбэлEX) Үрийн сувгийн хагалгаа, төмсөгний дайвар, hydrocele, мухар олгой авхуулсан, сүрьеэ, чихрийн шижин, даралт ихэсдэг зэрэг( ) 정관수술, 정류고환, 음낭수종 수술, 맹장염, 결핵, 당뇨, 고혈압 등 | | | | | | |
| 13 | Одоо ууж байгаа эм байгаа ву? Жбэл) Үс уналтын эмчилгээ, даралт бууруулах эм, чихрийн шижний эм, ханиадны эм, ардын эм зэрэг현재 복용 중인 약물이 있으신가요? EX) 탈모 치료제, 혈압 약, 당뇨 약, 감기약, 한약 등  □тийм예 □үгүй아니오 эм약( ) уусан хугацаа기간( )  Харшил өгдөг эмийн бодис부작용이 있는 약물 □байхгүй없다 □байгаа있다( ) | | | | | | |
| 14 | Ча эмнэлэгт ирэх болсон шалтгаан нь  차 병원을 오시게 된 동기는?  □Ойр дотны хүмүүсийн танилцуулснаар  주변 사람이 소개로(Санал тавигч 추천인: )  □Интернэтээр дамжуулан인터넷을 통해  □Мэдээлэлийн хэрэгсэл(сонин,ТВ зэрэг )  매스미디어(신문, 방송 등)을 통해  □Ча эмнэлгийн ажилтны танилцуулсаны дагуу  차 병원 직원소개로(ажилтан직원: )  □Ча эмнэлгийг мэддэг байсан  원래 차 병원을 알고 있었다  □Бусад 기타 | | | | **<Итгэмжлэх зүйл>**  **<위임사항>**  Миний зүгээс зөвхөн гэр бүлийн хүнд эрэгтэй үргүйдлийн шинжилгээний хариуг уншиж мэдэгдэж болохыг зөвшөөрч байна.  본인는 배우자 에 한하여  남성불임검사 결과 열람에 동의합니다.  Төрсөн он, сар, өдөр: 생년월일:  Овог нэр:성 명: Гарын үсэг인 | | |

20 он сар өдөр **Овог нэр (Хувь хүн)** (sign)