

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 (☞ 3-1 д хариулна уу) <input type="checkbox"/> Үгүй (☞ 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 сэрнэ	<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? <input type="checkbox"/> Үнэхээр сэтгэл хангалуун <input type="checkbox"/> Бага зэрэг хангалуун <input type="checkbox"/> Яахавдээ л <input type="checkbox"/> Жаахан сэтгэл дундуур <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> Огтхон ч саадгүй <input type="checkbox"/> Маш бага <input type="checkbox"/> Бага зэрэг <input type="checkbox"/> Ихэнхдээ <input type="checkbox"/> Үнэхээр их					
6. Эргэн тойрныхон чинь таны нойрны асуудлаас болж амьдрал утгагүй болж байна гэдэг үү? <input type="checkbox"/> Огтхон ч үгүй <input type="checkbox"/> Маш бага <input type="checkbox"/> Бага зэрэг <input type="checkbox"/> Ихэнхдээ <input type="checkbox"/> Үнэхээр их					
7. Та одоогийн байдлаар нойрны асуудлаас болж хэр их санаа зовж байгаа вэ? <input type="checkbox"/> Огтхон ч үгүй <input type="checkbox"/> Маш бага <input type="checkbox"/> Бага зэрэг <input type="checkbox"/> Ихэнхдээ <input type="checkbox"/> 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"/>
Халуусанаас 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.

<p>1. Сүүлийн 3 сарын турш 1хүний орц хоол идэхэд ч хэцүү цадсан юм шиг мэдрэмж төрж байсан удаа бий юу?</p> <p><input type="checkbox"/> Огт байхгүй <input type="checkbox"/> Сард 1 өдрөөс бага <input type="checkbox"/> Сард 1 өдөр <input type="checkbox"/> Сард 2-3 өдөр <input type="checkbox"/> Долоо хоногт 1 өдөр <input type="checkbox"/> Долоо хоногт 2 өдөрөөс дээш <input type="checkbox"/> Бараг өдөр бүр</p> <p>2. Хоол идсэний дараа (төвөгтэй байхаар) цатгалдсан мэдрэмж мэдрээд бсараас илүү болж байна уу?</p> <p><input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Тийм</p> <p>3. Сүүлийн 3 сарын турш нэг хүний орцоор идэж чадахгүй тохиолдол хэр их байсан бэ?</p> <p><input type="checkbox"/> Огт байхгүй <input type="checkbox"/> Сард 1 өдрөөс бага <input type="checkbox"/> Сард 1 өдөр <input type="checkbox"/> Сард 2-3 өдөр <input type="checkbox"/> Долоо хоногт 1 өдөр <input type="checkbox"/> Долоо хоногт 2 өдөрөөс дээш <input type="checkbox"/> Бараг өдөр бүр</p> <p>4. Нэг хүний орцоор идэж чадахгүй байгаа хугацаа тань 6 сараас дээш болж байна уу?</p> <p><input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Тийм</p> <p>5. Сүүлийн 3 сарын турш хэвлийн хэсгээр (хүйсний хавь) өвдөлт мэдрэх юмуу цээж хорсох (халууоргих) шинж тэмдэг хэр их илэрсэн вэ?</p> <p><input type="checkbox"/> Огт байхгүй <input type="checkbox"/> Сард 1 өдрөөс бага <input type="checkbox"/> Сард 1 өдөр <input type="checkbox"/> Сард 2-3 өдөр <input type="checkbox"/> Долоо хоногт 1 өдөр <input type="checkbox"/> Долоо хоногт 2 өдөрөөс дээш <input type="checkbox"/> Бараг өдөр бүр</p> <p>6. Хэвлийн хэсгээр өвдөлт мэдрэх юмуу цээж хорсох шинж тэмдэг 6 сараас дээш болж байна уу?</p> <p><input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Тийм</p>

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.

- | |
|--|
| <p>1. Өнгөрсөн нэг жилийн хугацаанд хөхний хавдарын шинжилгээ хийлгэсэн үү?</p> <p><input type="checkbox"/> Хийлгээгүй <input type="checkbox"/> 6сард 1 удаа <input type="checkbox"/> 3-6 сард 1 удаа</p> <p><input type="checkbox"/> 1-2сард 1удаа <input type="checkbox"/> 1сард 2-с дээш</p> <p>2. Одоо танд илэрч буй шинж тэмдэг байвал тэмдэглэнэ үү.</p> <p><input type="checkbox"/> Хөхөнд бэрсүү тэмтрэгддэг.</p> <p><input type="checkbox"/> Хөхний толгойноос шингэн муухай үнэртэй зүйл гардаг.</p> <p><input type="checkbox"/> Хөхний толгой хагарах болон дотогшоо орсон.</p> <p><input type="checkbox"/> Шинж тэмдэг байхгүй.</p> <p>3. Сүүлийн 1 жилийн турш хөхний дурангийн шинжилгээ болон хөхний ЭХО д харуулж байсан уу?</p> <p><input type="checkbox"/> Хийлгэж байгаагүй <input type="checkbox"/> Хийлгэсэн</p> |
|--|