

Судалгааны асуулгад хариулсан хариултыг "Хувь хүний нууцын тухай" Монгол Улсын хууль болон "Статистикийн тухай" Монгол улсын хуулийн 22-р зүйлийн 3-р заалтын дагуу судалгааны бүх шатны ажилтнууд нууцлан хадгална.

Энэхүү судалгаагаар хvvхэд, эмэгтэйчvvдийн эvvвл мэнд, боловсрол, ахуй амьдралын байдлыг судлах зорилготой.

I. Өрхийн асуулга

I.1. ХАЯГИЙН ХЭСЭГ			
1.	Түүврийн бүлгийн дугаар	<input type="text"/>	
2.	Өрхийн дугаар	<input type="text"/>	
3.	Судалгаа авсан өдөр\сар\он	___/___/___	
4.	Тоологчийн хувийн дугаар	<input type="text"/>	
5.	Өрхийн тэргүүлэгчийн нэр		
6.	Өрхийн байршил: Нийслэл -1 ; Аймгийн төв -2 Сумын төв -3; Хөдөө - 4	<input type="checkbox"/>	
7.	Нийслэл, аймгийн нэр \ код \:	___	
СУУЦНЫ НӨХЦӨЛ			
8.	A	Сууцны төрөл: Нийтийн сууцны байшин доторхи сууц-1; Сууцны тусдаа байшин-2; Нийтийн байр-3 Гэр-4; Бусад/...../-5	<input type="checkbox"/>
	B	Өмчийн хэлбэр: Төрийн өмчийн-1; Хувийн-2; Бусад/...../-5	<input type="checkbox"/>
	C	Сууцны талбай (кв.м)	___ м ²
	D	Байшингийн ханын материал: Тоосго-01; Бетон-02; Чулуу-03; Мод-04; Сүрэл-05; Шавар /бусад/-06; Гэрийн бүрээс: Дан-07; Давхар-08; Мэдэхгүй-99	<input type="checkbox"/>
	E	Сууцны шалны үндсэн материал: Тоосго-01; Бетон-02; Чулуу-03; Мод-04; Сүрэл-05; Шороо/бусад/-06; Цемент-07	<input type="checkbox"/>
	F	Өрөөний тоо	___
	H	Гэрийн ханын тоо	___
	A	Халаалтын төрөл : Төвлөрсөн-1; Төвлөрсөн бус-2; Ердийн-3	<input type="checkbox"/>
B	Түлшний төрөл: Цахилгаан-01; Нүүрс-06; Мод-07; Аргал-08; Бусад/...../-09 Мэдэхгүй-99	<input type="checkbox"/>	

9	C	Танайд дараахи зүйлс бий юу? Цахилгаан гэрэлтэй - 1 Радио - 2 Телевизор - 3 Хөргөгч - 4	Бий 1 2 3 4
	D	Танайд дараахь хөрөнгө бий юу? Дугуй - 1 Мотоцикл - 2 Суудлын буюу ачааны машин - 3	Бий 1 2 3
	E	Амины малтай юу ? Толгойн тоо: 50 хүртэл - 1 51-100 - 2 101-200 - 3 201 ба дээш - 4 ; Малгүй - 0	<input type="checkbox"/>
	F	Хувийн тариалангийн талбайтай юу?Хэрэв тийм бол: Хэмжээ: 1га хүртэл - 1 1- 3 - 2 3 га-гаас дээш - 3 ; Газаргүй - 0	<input type="checkbox"/>
	H	Өрхийн нэг хүнд ногдох сарын хэрэглээ / мян.төг	<input type="text"/>
	СУДАЛГААНЫ ХЯНАЛТЫН ХЭСЭГ		
	10	Ярилцлагын дүн: Бүрэн-1; Татгалзсан-2; Гэртээ байгаагүй-3; Өрхийг олоогүй-4; Бусад/...../-5	<input type="checkbox"/>
	11	Судалгаанд хамрагдвал зохих эмэгтэйчүүдийн тоо (15-49 насны)	___
	12	Үүнээс судалгаанд хамрагдсан	___
13	5 хүртэлх насны хүүхдийн тоо	___	
14	Үүнээс судалгаанд хамрагдсан	___	
15	0-18 насны тахир дутуу хүүхдийн тоо	___	
16	Үүнээс судалгаанд хамрагдсан	___	
17	Өрхийн ам бүлийн тоо	___	

I.2 (HL) ӨРХИЙН АМ БҮЛИЙН БАЙДАЛ																						
Өрхийн тэргүүлэгчээс эхлэн бүх гишүүдийг хамруулна. Эхний мөрний 01 гэсэн дугаарт өрхийн тэргүүлэгчийг бүртгэнэ (Ажил эрхэлж байгаа болон сургуульд явж байгаа хүүхдүүд зэрэг түр эзгүй байгаа /6 сар хүртэл хугацаагаар/ өрхийн гишүүд хамрагдана)																						
					Судалгааны дараах асуулганд хамрагдах гишүүдийг тодорхойл			Өрхийн 15 болон түүнээс дээш насны гишүүд хамрагдана		17 хүртэлх насны хүүхдүүдийг хамруулна												
					ЭМЭГТЭЙ-ЧҮҮД	ХҮҮХДИЙН ХӨДӨЛМӨР ЭРХЛЭЛТ	ХҮҮХДИЙН ЭРҮҮЛ МЭНД															
1. Х/д	2. Нэр	2А Өрхийн тэргүүлэгчтэй*ямар хамааралтай вэ?		3. Хүйс	4. Нас (Бүтэн нас)	5. 15-49 настай эмэгтэй бий юу?	6. 5-17 насны хүүхдийн эх /асрагч нь хэн бэ?	7. 5 хүртэлх насны хүүхдийн эх /асрагч нь хэн бэ?	8. Уншиж чадах уу ?	9. Гэрлэлтийн байдал	10. (нэр)-ийн төрсөн эх нь амьд, сэрүүн байгаа юу?			11. (нэр)-ийн төрсөн эх нь хамт амьдарч байна уу?		12. (нэр)-ийн төрсөн эцэг нь амьд, сэрүүн байгаа юу ?		13. (нэр)-ийн төрсөн эцэг нь хамт амьдарч байна уу ?				
					<i>Эмэгтэйн хувийн дугаарыг дугуйл</i>			<i>Хүүхэд тус бүрээр эх/асрагчийн хувийн дугаар /ХД/-ыг бич</i>		<i>Хүүхэд тус бүрээр эх/асрагчийн хувийн дугаар /ХД/-ыг бич</i>		1 Тийм 2 Үгүй 9 Мг } A12			1 тийм 2 үгүй		1 Тийм 2 Үгүй 9 Мг } I.3		1 тийм 2 үгүй			
Х/д	НЭР			НАС	15-49	ЭХ	ЭХ	Ч	М	Ч	М	Т	Ү	М	Т	Ү	Т	Ү	М	Т	Ү	
01		1	1	2	___	01	___	___	1	2	3	9	1	2	9	1	2	1	2	9	1	2
02			1	2	___	02	___	___	1	2	3	9	1	2	9	1	2	1	2	9	1	2
03			1	2	___	03	___	___	1	2	3	9	1	2	9	1	2	1	2	9	1	2
04			1	2	___	04	___	___	1	2	3	9	1	2	9	1	2	1	2	9	1	2
05			1	2	___	05	___	___	1	2	3	9	1	2	9	1	2	1	2	9	1	2
06			1	2	___	06	___	___	1	2	3	9	1	2	9	1	2	1	2	9	1	2
07			1	2	___	07	___	___	1	2	3	9	1	2	9	1	2	1	2	9	1	2
08			1	2	___	08	___	___	1	2	3	9	1	2	9	1	2	1	2	9	1	2
09			1	2	___	09	___	___	1	2	3	9	1	2	9	1	2	1	2	9	1	2
10			1	2	___	10	___	___	1	2	3	9	1	2	9	1	2	1	2	9	1	2
11			1	2	___	09	___	___	1	2	3	9	1	2	9	1	2	1	2	9	1	2
12			1	2	___	10	___	___	1	2	3	9	1	2	9	1	2	1	2	9	1	2
13			1	2	___	10	___	___	1	2	3	9	1	2	9	1	2	1	2	9	1	2
14			1	2	___	09	___	___	1	2	3	9	1	2	9	1	2	1	2	9	1	2
15			1	2	___	10	___	___	1	2	3	9	1	2	9	1	2	1	2	9	1	2

* Өрхийн тэргүүн-1, Эхнэр, нөхөр-2, Хүү,охин-3, эцэг, эх-4,Хадам эцэг, эх -5, Ах, эгч, дүү-6, Ач, зээ-7, Өвөө, эмээ-8, Хүргэн, бэр -9, Бусад төрөл төрөгсөд-10 , Хамаатан бус –11

I.3. (ED) ӨРХИЙН ГИШҮҮДИЙН БОЛОВСРОЛЫН БАЙДАЛ

5 ба түүнээс дээш насны гишүүд хамаарна					5-18 насны хүүхдүүд хамаарна.											
14. х/д	15. Та Сургуульд суралцаж байгаа эсвэл суралцаж байсан уу?	16. Аль шатны сургууль /анги/ төгссөн бэ ? <i>СУРГУУЛИЙН ТӨРӨЛ:</i> Бага – 1 Бүрэн бус дунд - 2 Бүрэн дунд-3 Техник мэргэжлийн-4 Тусгай мэргэжлийн дунд,бүрэн бус дээд-5 Дээд-6 <i>Мэдэхгүй - 9</i> <i>АНГИ:</i> <i>Мэдэхгүй -99</i> <i>Нэг ч анги төгсөөгүй бол 00 гэж тэмдэглэ.</i>	17. Одоо цэцэрлэг, сургуульд сурч байна уу ?	18. Энэ хичээлийн жилд Та цэцэрлэг сургуульд явсан уу ?	19. Сүүлийн 7 хоногт хэдэн өдөр цэцэрлэг, сургуульд явсан бэ?	20. Хэддүгээр ангид суралцаж байна вэ? Сургууль: 1. Сургуулийн өмнөх 2. Бага 3. Дунд 5. Бусад 9. мэдэхгүй Анги: 99. мэдэхгүй	21. Сүүлийн жилд цэцэрлэг, сургуульд явсан уу ?	22. Сүүлийн жилд аль шатны сургуулийн хэддүгээр ангид сурч байсан бэ ?								
х/д	т	ү	сургууль	анги	т	ү	т	ү	өдөр	сургууль	анги	т	ү	м	сургууль	анги
01	1	2	2 3 4 5 9	___	1	2	1	2	___	1 2 3 5 9	___	1	2	9	1 2 3 5 9	___
02	1	2	2 3 4 5 9	___	1	2	1	2	___	1 2 3 5 9	___	1	2	9	1 2 3 5 9	___
03	1	2	2 3 4 5 9	___	1	2	1	2	___	1 2 3 5 9	___	1	2	9	1 2 3 5 9	___
04	1	2	2 3 4 5 9	___	1	2	1	2	___	1 2 3 5 9	___	1	2	9	1 2 3 5 9	___
05	1	2	2 3 4 5 9	___	1	2	1	2	___	1 2 3 5 9	___	1	2	9	1 2 3 5 9	___
06	1	2	2 3 4 5 9	___	1	2	1	2	___	1 2 3 5 9	___	1	2	9	1 2 3 5 9	___
07	1	2	2 3 4 5 9	___	1	2	1	2	___	1 2 3 5 9	___	1	2	9	1 2 3 5 9	___
08	1	2	2 3 4 5 9	___	1	2	1	2	___	1 2 3 5 9	___	1	2	9	1 2 3 5 9	___
09	1	2	2 3 4 5 9	___	1	2	1	2	___	1 2 3 5 9	___	1	2	9	1 2 3 5 9	___
10	1	2	2 3 4 5 9	___	1	2	1	2	___	1 2 3 5 9	___	1	2	9	1 2 3 5 9	___
11	1	2	2 3 4 5 9	___	1	2	1	2	___	1 2 3 5 9	___	1	2	9	1 2 3 5 9	___
12	1	2	2 3 4 5 9	___	1	2	1	2	___	1 2 3 5 9	___	1	2	9	1 2 3 5 9	___
13	1	2	2 3 4 5 9	___	1	2	1	2	___	1 2 3 5 9	___	1	2	9	1 2 3 5 9	___
14	1	2	2 3 4 5 9	___	1	2	1	2	___	1 2 3 5 9	___	1	2	9	1 2 3 5 9	___
15	1	2	2 3 4 5 9	___	1	2	1	2	___	1 2 3 5 9	___	1	2	9	1 2 3 5 9	___

I.4. (CL) ХҮҮХДИЙН ХӨДӨЛМӨР ЭРХЛЭЛТ

Энэ асуулгыг тухайн өрхөд амьдарч буй 5-17 насны хүүхдийн эх /асрагч/ -ээс асууна

1. х/д	2. Нэр	3. Сүүлийн 7 хоногт өрхөөсөө гадуур ямар нэг ажил хийсэн үү?	3 А Хэрвээ ажил хийсэн бол хаана ажил хийсэн бэ? <i>Үйлдвэрийн газарт -1 Мал аж Ахуйд -2 Газар тариаланд-3 Зах дээр-4 Гудамжинд-5 Гуанзанд-6 Гэрийн үйлчлэгч-7 Бусад-8 Мэдэхгүй 99</i>	4. Сүүлийн 7 хоногт хэдэн цаг ажилласан бэ? <i>Хэрэв хэд хэдэн ажил зэрэг хийсэн бол нийлбэр цагийн тоог бичээд ⇒ А.6</i>	5. Сүүлийн жилд өрхөөсөө гадуур ямар нэг ажил хийсэн үү? <i>1.Төлбөртэй хөдөлмөр эрхэлсэн 2.Төлбөргүй хөдөлмөр эрхэлсэн 3.Ажиллаагүй ⇒ А.6</i>	5 А Хэрвээ ажилласан бол хаана ажил хийсэн бэ? <i>Үйлдвэрийн газарт -1 Мал аж ахуйд-2 Газар тариаланд-3 Зах дээр-4 Гудамжинд-5 Гуанзанд-6 Гэрийн үйлчлэгч-7 Бусад-8 Мэдэхгүй 99</i>	6. Сүүлийн 7 хоногт гэрийнхээ ажилд тусалсан уу? (хоол бэлтгэх, худалдан авах, гэрээ цэвэрлэх, хувцас угаах, ус зөөх, түлш бэлтгэх, хүүхэд асрах,г.м) <i>1 Тийм 2 Үгүй ⇒ А.8</i>	7. Гэрийн ажилд сүүлийн 7 хоногт хэдэн цаг зарцуулсан бэ? <i>Цагаар</i>	8. Сүүлийн 7 хоногт өрхийн бизнес-ийн ажилд тусалсан уу? <i>1 Тийм 2 Үгүй ⇨ Дараачийн мөр</i>	9. Сүүлийн 7 хоногт өрхийн бизнес-ийн ажилд хэдэн цаг зарцуулсан бэ ? <i>Цагаар</i>	10. Өрхийн эрхэлдэг бизнесийн төрөл <i>Үйлдвэрийн газарт -1 Мал аж ахуй-2 Газар тариалан-3 Худалдаа, зах дээр-4 Үйлчилгээ-10 Бусад-8 Мэдэхгүй 99</i>				
												Хувийн дугаар	Нэр	Тийм	
		т	т-гүй	ү	цаг	т	т-гүй	ү			цаг			цаг	
___		1	2	3	___	1	2	3		1	2	___	1	2	___
___		1	2	3	___	1	2	3		1	2	___	1	2	___
___		1	2	3	___	1	2	3		1	2	___	1	2	___
___		1	2	3	___	1	2	3		1	2	___	1	2	___
___		1	2	3	___	1	2	3		1	2	___	1	2	___
___		1	2	3	___	1	2	3		1	2	___	1	2	___
___		1	2	3	___	1	2	3		1	2	___	1	2	___
___		1	2	3	___	1	2	3		1	2	___	1	2	___

I.5. (ММ) ЭХИЙН ЭНДЭГДЭЛ

Өрхийн насанд хүрсэн гишүүн тус бүрээс авна. Өрхийн (15 болон түүнээс дээш насны) насанд хүрэгчдийн хэн нэг нь гэртээ байхгүй тохиолдолд насанд хүрсэн өөр нэг нь асуулганд хариулж болно. Төлөөлөн хариулж байгаа хүний хувийн дугаарыг 3-р мөрөнд бичнэ.

1.Х.Д	2.НЭР	3. Энэ ИТГЭМЖЛЭГДСЭН ХҮН МӨН ҮҮ? 1- Тийм 2-Үгүй ⇨ А. 5		4.Төлөөлөн ХАРИУЛАГЧИЙН ХУВИЙН ДУГААР	5. Та нэг ЭХЭЭС ТӨРСӨН ХЭДЭН ЭГЧ, (ЭМЭГТЭЙ) ДҮҮТЭЙ ВЭ? 99-Мэдэхгүй ⇨ ДАРААЧИЙН АСУУЛТРУУ ОЧ.	6. Та 15 БОЛОН ТҮҮНЭЭС ДЭЭШ НАСНЫ ХЭДЭН ЭГЧ, ДҮҮСТЭЙ ВЭ? 99-Мэдэхгүй	7. 15 БА ТҮҮНЭЭС ДЭЭШ НАСТАЙ ЭГЧ, ДҮҮ НАРААС ТАНЫ ХЭД НЬ ОДОО АМЬД СЭРҮҮН БАЙГАА ВЭ? 99-Мэдэхгүй	8. 15 БА ТҮҮНЭЭС ДЭЭШ НАСТАЙ ЭГЧ, ДҮҮ НАРААС ХЭД НЬ НАС БАРСАН БЭ? 99-Мэдэхгүй	9. НАС БАРСАН ТЭДГЭЭР ЭГЧ ДҮҮ НАРЫН ХЭД НЬ ТӨРӨХИЙН УЛМААС (ЖИРЭМСЛЭЛТ, ЭСВЭЛ ХҮҮХЭД ТӨРҮҮЛЭХ БОЛОН ТӨРСӨНИЙ ДАРААХИ 6 ДОЛОО ХОНОГТ) НАС БАРСАН БЭ? 99-Мэдэхгүй
Х/д	нэр	т	ү	Х/д					
___		1	2						
___		1	2						
___		1	2						
___		1	2						
___		1	2						
___		1	2						
___		1	2						
___		1	2						
___		1	2						

I.6. (DM) ТАХИР ДУТУУ ХҮҮХЭД

ТУХАЙН ӨРХӨД АМЬДАРЧ БАЙГАА 18 ХҮРТЭЛ НАСТАЙ ХҮҮХДИЙН ЭХ БУЮУ АСРАГЧААС ЭНЭ АСУУЛТЫГ АСУУНА.

1. х/д	2. нэр	3. Танай хүү, охин оюун ухаан болон бие эрхтний ямар нэгэн согогтой юу? <i>1-Тийм 2-Үгүй ⇨ Дараачийн бүлэг рүү оч</i>	4. Бусад хүүхдүүдтэй харьцуулахад бие эрхтний согогтой юу? <i>1-Тийм 2-Үгүй</i>		5. Өдөр болон шөнийн цагаар харааны согогтой юу? Хэрэв тийм бол: : <i>1- Муу хардаг 2- хараагүй 3-Үгүй</i>			6. Сонсох эрхтний согогтой юу? Хэрэв тийм бол : <i>1- сонсголын аппарат хэрэглэдэг 2- сонсгол муутай 3-огт сонсдоггүй 4-Үгүй</i>				7. Оюун ухааны хомсдолтой юу ? <i>1-Тийм 2-Үгүй</i>		8. Заримдаа татаж унаж, ухаан алддаг уу ? <i>1-Тийм 2-Үгүй</i>		9. Байнга эмчилгээ хийлгэдэг үү? <i>1-Тийм 2-Үгүй</i>		10. Эмчилгээний ямар үр дүнд хүрч байна вэ? <i>1-Сайн 2-Дунд зэрэг 3-Үгүй</i>			11. Цаашид бусдын тусламжгүй- гээр амьдарч чадах уу? <i>1-Тийм 2-Үгүй</i>		12. Ямар нэгэн тусламж, аппарат хэрэглэдэг үү? <i>1-Тийм 2-Үгүй</i>	
			Т	Ү	Т	Ү	М	Х	Ү	Х	М	О	Ү	Т	Ү	Т	Ү	С	Д	Ү	Т	Ү	Т	Ү
---		1	2	1	2	1	2	3	1	2	3	4	1	2	1	2	1	2	3	1	2	1	2	
---		1	2	1	2	1	2	3	1	2	3	4	1	2	1	2	1	2	3	1	2	1	2	
---		1	2	1	2	1	2	3	1	2	3	4	1	2	1	2	1	2	3	1	2	1	2	
---		1	2	1	2	1	2	3	1	2	3	4	1	2	1	2	1	2	3	1	2	1	2	
---		1	2	1	2	1	2	3	1	2	3	4	1	2	1	2	1	2	3	1	2	1	2	
---		1	2	1	2	1	2	3	1	2	3	4	1	2	1	2	1	2	3	1	2	1	2	
---		1	2	1	2	1	2	3	1	2	3	4	1	2	1	2	1	2	3	1	2	1	2	

Бүлгийн № _____

Өрхийн № _____

I.7. (WS) УНДНЫ УСНЫ болон АХУЙН АРИУН ЦЭВРИЙН БАЙГУУЛАМЖИЙН ХАНГАМЖ**1. ТАНАЙХ УНДНЫ УСАА ХААНААС АВДАГ БЭ ?**

- Ус түгээх төвлөрсөн системээс.....01
- Усыг хоолойгоор сууцанд түгээдэг..... 02
- Усан сангаас03
- Насостой худгаас.....04
- Хамгаалалттай худгаас.....05
- Хаврын хайлсан хамгаалалттай уснаас... 06
- Борооны ус..... 07
- Савласан, ариутгасан ус..... 08
- Хамгаалалтгүй худгаас.....09
- Хаврын хайлсан хамгаалалтгүй уснаас...10
- Нуур, гол, горхи 11
- Тээврийн усан хангамжаас 12
- Бусад 13
- Хариу өгөөгүй, Мэдэхгүй.....99

**2. Ундны усаа ус түгэх цэгээс авахад хэдэн цаг зарцуулдаг вэ?
(Хугацааг минутаар бич)
1-р асуултанд 1, 2,10 гэж хариулсан бол 888-г дугуйл**

- Хугацаа..... _____
- Төвлөрсөн усан хангамжтай 888
- Мэдэхгүй.999

**3. АРИУН ЦЭВРИЙН БАЙГУУЛАМЖИЙН ТӨРӨЛ
(Танайх ямар жорлон хэрэглэдэг вэ?)**

- Сувагжуулалтанд холбогдсон..... 01
- Усаар угаагдах..... 02
- Сайжруулсан гадна..... 03
- Ердийн гадна..... 04
- Ухсан нүх 05
- Хувин саванд 06
- Бусад (Тодруулж бич) 07
- Хэрэглэдэггүй (задгай)08 ⇒Q.5
- Мэдэхгүй. 09

4. АРИУН ЦЭВРИЙН БАЙГУУЛАМЖ (жорлон) ХААНАА БАЙДАГ ВЭ?

- Сууц дотроо.....1
- Нүхэн жорлон (Сууцны гадна).....2
- Бусад..... 9

5. ХҮҮХДҮҮДИЙН (0-3 НАСНЫ) ЯЛГАДАСЫГ ХААШАА ЗАЙЛУУЛДАГ ВЭ ?

- Хүүхдүүд жорлон ашигладаг1
- Жорлонд зөөж хийдэг..... 2
- Хашаанаас гадагш зөөж гаргадаг.....3
- Хашаан дотор газарт булдаг.....4
- Хаашаа ч зайлуулдаггүй ил хаядаг.....5
- Бусад арга (тодруул) 6
- Бага насны хүүхэд байхгүй.....8

I.8. (SI) . ИОДЖУУЛСАН ДАВСНЫ ХЭРЭГЛЭЭ**1. ТАНАЙ ХҮНСЭНДЭЭ ХЭРЭГЛЭЖ БҮЙ ДАВСНЫ ИОДЖУУЛАЛТЫГ ШАЛГАЖ ҮЗЬЕ.**

- Иоджуулаагүй давс 0PPM (өнгөгүй 1
- PPM нь 15-аас доош (өнгө муутай)..... 2
- 15 PPM ба түүнээс дээш (тод өнгөтэй) 3
- Гэрт давс байгаагүй8
- Давсыг шинжлээгүй..... 9

Эмэгтэйчүүдийн талаархи асуулга руу оч⇒

II. ЭМЭГТЭЙЧҮҮДИЙН ТАЛААРХИ АСУУЛГА

Бүлгийн №. ___ __ Өрхийн№ ___ __ Эмэгтэйн ХД ___ __

II.1 (WI) ЭМЭГТЭЙН ТАЛААРХИ МЭДЭЭЛЛИЙН ХЭСЭГ		
Энэхүү асуулгад 15-49 насны нийт эмэгтэйчүүдийг хамруулна		
1	Эмэгтэйн хувийн дугаар (ХД)	<input type="text"/> <input type="text"/>
2	Нэр _____	
3	A Та хэдэн оны хэдэн сард төрсөн бэ ? Төрсөн он сар : <i>Сар/Он</i> <i>Мэдэхгүй</i> ⇒ 3B	___ / ___ сар он 999999
	B Та хэдэн настай вэ ? Бүтэн нас	<input type="text"/> <input type="text"/>
II.2 (CM) ХҮҮХДИЙН ЭНДЭГДЭЛ		
Энэхүү асуулгад 15-49 насны нийт эмэгтэйчүүдийг хамруулна.		
1	Та амьдралынхаа туршид хүүхэд төрүүлж байсан уу? 1-Тийм 2-Үгүй ⇒ Асуулгын II.5 руу оч.	<input type="checkbox"/>
2	(Хүүхэд нь одоо байхгүй ч тухайн үед амьд хүүхэд төрүүлснийг хамаарна)	
	a Та анхны хүүхдээ хэдэн онд төрүүлсэн бэ? Өдөр / Сар / Он <i>Мэдэхгүй</i> ⇒ 2.B	___ / ___ / ___ өдөр сар он 99999999
B	Хэдэн жилийн өмнө анхны хүүхдээ төрүүлсэн бэ? <i>/Анхны төрөлтөөс хойш өнгөрсөн жил /</i>	<input type="text"/> <input type="text"/>
3	Төрүүлсэн хүүхдүүд тань одоо таньтай хамт амьдардаг уу? 1-Тийм 2-Үгүй ⇒ A5	<input type="checkbox"/>
4	Таны төрүүлсэн хүүхдүүдийн хэд нь одоо таньтай хамт амьдардаг вэ? 1. Хүү 2. Охин	1. ___ 2. ___
5	Таны төрүүлсэн хүүхдүүдээс тусдаа амьдардаг хүүхэд бий юу? 1-Тийм 2-Үгүй ⇒ A7	<input type="checkbox"/>
6	Таны төрүүлсэн хүүхдүүдээс хэд нь одоо хүүхэд таниас тусдаа амьдардаг вэ? 1. Хүү 2. Охин	1. ___ 2. ___
7	Амьд төрөөд эндсэн хүүхэд бий юу? 1-Бий 2-Үгүй ⇒ A9	<input type="checkbox"/>
8	Хэдэн хүүхэд эндсэн бэ? 1. Хүү 2. Охин	___ ___
9	Та бүгд хэдэн хүүхэд төрүүлсэн бэ? (4,6,8-ын хариуг нэмж гарган шалга)	<input type="text"/> <input type="text"/>
10	Та амьдралынхаа туршидудаа төрсөн үү? (9-р асуултын хариуг шалгаж энэ асуултыг асуу) 1-Тийм ⇒ A.11 2-Үгүй ⇒ 11-р асуулт руу очихоос өмнө бүх хариултыг нягталж шалгах	<input type="checkbox"/>
11	Та, нийт удаа төрснөөс хамгийн сүүлд хэзээ хүүхэд төрүүлсэн (эндсэн хүүхдийг хамааруулна) бэ? Өдөр / Сар / Он	___ / ___ / ___ өдөр сар он
Тухайн эмэгтэйн сүүлийн төрөлт нь манай судалгааны өмнөх нэг жилд (Сүүлийн 1 жилд) хамаарч байгаа эсэхийг шалга. Хэрэв сүүлийн нэг жилд төрсөн байвал: Дараагийн II.3 асуулга руу оч. Төрөөгүй бол:"Жирэмслэлтээс хамгаалах арга хэрэгсэл" бүлэг рүү оч.		

II.3 (ТТ) ТАТРАНГИЙН ЭСРЭГ (ТТ) ВАКЦИНЖУУЛАЛТ		
Энд сүүлийн жилд хүүхэд (амьд) төрүүлсэн эмэгтэйчүүдийг хамруулна		
1	Таньд вакцин хийлгэсэн карт аль эсвэл өөр баримт бичиг бий юу? (Карт, ЭМ-ийн дэвтэр байвал дараахи асуултуудыг шууд нөхнө) 1- Бий /картыг үзсэн/ 2- Бий /картыг үзээгүй/ 3-Үгүй 9-Мэдэхгүй	<input type="checkbox"/>
2	Та сүүлчийн хүүхдээ тээж байх үедээ саа, татрангийн эсрэг вакцин хийлгэж байсан уу? 1-Тийм 2-Үгүй 9-Мэдэхгүй } ⇒ A4	<input type="checkbox"/>
3	Сүүлчийн жирэмслэлтийн үед татрангийн эсрэг вакцин хэдэн тунг хийлгэсэн бэ? Тунгийн хэмжээ 99-Мэдэхгүй	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<i>ТТ-вакцин 2-оос доошгүй тун хийлгэсэн бол II.4 асуулга руу оч 2-оос бага тун хийлгэсэн бол Асуулт4 рүү оч</i>		
4	Сүүлчийн хүүхдээ тээх үед болон түүнээс өмнөх жирэмслэлтийн үед татрангийн эсрэг вакцин хийлгэж байсан уу? 1-Тийм 2-Үгүй 9-Мэдэхгүй } ⇒ A.7	<input type="checkbox"/>
5	Хэдэн тунг тариулсан бэ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6	A Сүүлийн тунг хэзээ хийлгэсэн бэ? Мэдэхгүй ⇒A.6B	__ / ____ 999999
	B Хэдэн жилийн өмнө хийлгэсэн бэ? Жилийн өмнө	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
II.4. (МН) ЭХ, НЯРАЙН ЭРҮҮЛ МЭНД		
Энд сүүлийн жилд хүүхэд (амьд) төрүүлсэн эмэгтэйчүүдийг хамруулна		
1	Төрсний дараахи эхний 2 сард та“А” витаминь ийм тунгаар уусан уу? (200,000 нэгж тун буюу савыг үзүүл.) 1 – Тийм 2 – Үгүй 9 – Мэдэхгүй	<input type="checkbox"/>
2	Төрөхөөсөө өмнө Та эмчид үзүүлж байсан уу? Тийм бол хэнд үзүүлсэн бэ? <u>Эмнэлэгийн мэргэжилтэнд:</u> 1-Эмч 2-Сувилагч/эх баригч 3-Туслах эх баригч <u>Бусад хүнд:</u> 4-Бариач 6-Бусад (тодруулж бич) 0-Үзүүлж байгаагүй	1 2 3 4 6 0
3	Таны сүүлийн хүүхдийг хэн эх барьж авсан бэ ? Хүүхэд эх барихад биечлэн оролцсон хүмүүсийг хариултаас сонгож дугуйлна уу. <u>Эмнэлэгийн мэргэжилтэнд:</u> 1-Эмч 2-Сувилагч/эх баригч 3-Туслах эх баригч <u>Бусад хүнд:</u> 4-Бариач 5-Хамаатан, ойр дотны хүн 6-Бусад (тодруулж бич) 0-Хэн ч байгаагүй (өөрөө)	1 2 3 4 5 6 0

4	Таны төрүүлсэн сүүлийн хүүхэд хир зэргийн жинтэй төрсөн бэ? <i>Нилээд том-1, Дунджаас дээгүүр-2, Дундаж зэрэг-3, Дунджаас бага-4, Бага-5, Мэдэхгүй-6</i>	<input type="checkbox"/>	3	Та жирэмслэлтээс сэргийлэх ямар нэгэн арга, хэрэгсэл хэрэглэдэг үү? 1- Тийм 2- Үгүй ⇒ Дараагийн бүлэг	<input type="checkbox"/>
5	Таны хүүхдийг төрөхөд жинг нь хэмжсэн үү? 1-Тийм 2-Үгүй 9-Мэдэхгүй } ⇒А.7	<input type="checkbox"/>	4	Та хэрэглэдэг аргаа хэлнэ үү? (Аргыг нэрлэж хэлж өгч болохгүй) 01-Эмэгтэйн үрийн хоолойг боох 02-Эрэгтэйн үрийн сувгийг боох 03-Эм уух 04-Суулгац 05-Тариа 06-Ерөндөг 07- Бэлгэвч 08-Эм бэлгэвч 09-Хаалт 10-Тосон лаа 11-Хүүхдээ хөхүүлэх 12-Хуанли, түр тэвчих 13-Гадуур тавих 14-Бусад тодруул	01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14
6	Хүүхэд ямар жинтэй төрсөн бэ? (Карт, эрүүл мэндийн дэвтэрт бичсэнийг үндэслэнэ) 1 – Картанд бичсэнээр 2 – Хэлснээр 99999 – Мэдэхгүй	1. ___ __ __ гр 2. ___ __ __ гр 99999		II.6. (НА) ДОХ өвчин	
7	Сүүлчийн жирэмслэлтийн үед өдрийн цагаар таны нүдний хараа муудаж байсан уу? 1-Тийм 2-Үгүй 9-Мэдэхгүй	<input type="checkbox"/>	Энэ асуулгуудыг 15-49 насны бүх эмэгтэйчүүдээс асууна		
8	Сүүлчийн жирэмслэлтийн үед оройн цагаар таны нүдний хараа муудаж байсан уу? 1-Тийм 2-Үгүй 9-Мэдэхгүй	<input type="checkbox"/>	1		
II.5. (СУ) ЖИРЭМСЛЭЛТЭЭС УРЬДЧИЛАН СЭРГИЙЛЭХ АРГА, ХЭРЭГСЛИЙН ХЭРЭГЛЭЭ					
15-49 насны нийт эмэгтэйчүүдээс 1-р асуултыг асууж, гэрлэсэн буюу хамт амьдрагчтай эмэгтэйгээс 2-4-р асуултыг асууна.					
1	Та гэрлэсэн үү эсвэл хамт амьдардаг уу? 1-Тийм 2-Үгүй, бэлэвсэн, салсан, тусдаа 3-Үгүй, Гэрлэж байгаагүй } Дараагийн бүлэг рүү оч	<input type="checkbox"/>	ДОХ өвчин ба ДОХ-ын халдварын талаар та урьд нь сонсож байсан уу?		
2	Та одоо жирэмсэн үү ? 1-Тийм => Дараагийн бүлэг 2-Үгүй 3- Мэдэхгүй	<input type="checkbox"/>	1-Тийм 2-Үгүй ⇒А.18		

2	Хувь хүн ДОХ-оор өвчлөхгүй байж болох уу? 1-Тийм 2-Үгүй 9-Мэдэхгүй } ⇨А.8	<input type="checkbox"/>	9	ДОХ-ын нян эхээс хүүхдэд халдварлах уу? 1-Тийм 2-Үгүй 9-Мэдэхгүй } ⇨А. 13	<input type="checkbox"/>
3	Халдвар аваагүй зөвхөн нэг хүнтэй бэлгийн харьцаанд байж ДОХ-ын халдвараас өөрийгээ сэргийлж болох уу? 1-Тийм 2-Үгүй 9-Мэдэхгүй	<input type="checkbox"/>	10	Жирэмслэлтийн үед эхээс урагт ДОХ-ын нян халдварлах уу? 1-Тийм 2-Үгүй 9-Мэдэхгүй	<input type="checkbox"/>
4	Хүн ДОХ-ын халдварыг мухар сүсгээр авч болно гэж бодож байна уу? 1-Тийм 2-Үгүй 9-Үгүй	<input type="checkbox"/>	11	Төрөх үед эхээс хүүхдэд ДОХ-ын нян халдварлах уу? 1-Тийм 2-Үгүй 9-Мэдэхгүй	<input type="checkbox"/>
5	Бэлгийн харьцаанд орох бүрт бэлгэвчийг зөв хэрэглэвэл ДОХ-ын халдвараас урьдчилан сэргийлж чадах уу? 1-Тийм 2-Үгүй 9-Мэдэхгүй	<input type="checkbox"/>	12	ДОХ-ын нян хөхний сүүгээр дамжин хүүхдэд халдварлах уу? 1-Тийм 2-Үгүй 9-Мэдэхгүй	<input type="checkbox"/>
6	Шумууланд хатгуулж, хазуулсаны улмаас ДОХ-ын нян халдварлах уу? 1-Тийм 2-Үгүй 9-Мэдэхгүй	<input type="checkbox"/>	13	ДОХ-оор өвчлөөгүй боловч ДОХ-ын нян тээж байгаа багш хүн сургуульд багшаар үргэлжлүүлэн ажиллаж болох уу? 1-Тийм 2-Үгүй 9-Мэдэхгүй	<input type="checkbox"/>
7	Бэлгийн харьцаанд огт ороогүй тохиолдолд ДОХ-ын нян халдварлах уу? 1-Тийм 2-Үгүй 9-Мэдэхгүй	<input type="checkbox"/>	14	Хүнсний зүйлийн худалдагч ДОХ-ын халдвар авсан буюу ДОХ-оор өвчилсөн гэдгийг мэдвэл Та мэдвэл түүгээр үйлчлүүлэх үү? 1-Тийм 2-Үгүй 9-Мэдэхгүй	<input type="checkbox"/>
8	ДОХ-ын халдвар авсан хүн эрүүл чийрэг харагдаж болох уу? 1-Тийм 2-Үгүй 9-Мэдэхгүй	<input type="checkbox"/>	15	Урьд өмнө нь та ДОХ-ын шинжилгээ хийлгэж үзсэн үү? 1-Тийм 2-Үгүй ⇨А.17	<input type="checkbox"/>

16	Танд шинжилгээний хариуг тань хэлж өгч байсан уу? (Шинжилгээгээр ямар хариу гарсныг би сонирхоогүй) 1-Тийм 2-Үгүй	<input type="checkbox"/>	4	Хүүхэддээ 2 сартайгаас нь “Д” витамин уулгаж байсан уу? 1-Тийм 2-Үгүй 9-Мэдэхгүй	<input type="checkbox"/>
17	Та одоо ДОХ-ын халдварын шинжилгээ хийлгэхийг хүсвэл хаана очиж өгөхөө мэдэх үү? 1-Тийм 2-Үгүй	<input type="checkbox"/>	5	Хүүхэд нойрондоо муу, цочимтгой юу? 5-12-р асуултыг 3 хүртэлх насны хүүхэдтэй эх(асрагч)-ээс асууна. (Өрхийн ам бүлийн байдал гэсэн бүлгээс шалга) 1-Тийм 2-Үгүй 9-Мэдэхгүй	<input type="checkbox"/>
18	Та 5 хүртэлх насны хүүхэдтэй юу? Тийм- ⇒ Дараагийн бүлэг рүү оч Үгүй- ⇒ 19 дүгээр асуултанд хариул.		6	Зулай том, зах нь зөөлөрсөн үү? 1-Тийм 2-Үгүй 9-Мэдэхгүй	<input type="checkbox"/>
19	Асуулгад хамрагдвал зохих өөр эмэгтэй танай гэрт байна уу? Тийм-1 ⇒ дараагийн эмэгтэйн асуулгад шилж Үгүй-2⇒ Асуулгад оролцсон эмэгтэйд талархал илэрхийлнэ үү.		7	Шүд нь хугацаандаа цухуйсан уу? 1-Тийм 2-Үгүй 9-Мэдэхгүй	<input type="checkbox"/>
II.7. (VD) “Д” витамин дутагдал			8	Хөл нь майга уу? 1-Тийм 2-Үгүй 9-Мэдэхгүй	<input type="checkbox"/>
Сүүлийн 2 жилд хүүхэд төрүүлсэн эхчүүдээс энэхүү асуулгыг асууна			9	Цээж хавчиг уу? 1-Тийм 2-Үгүй 9-Мэдэхгүй	<input type="checkbox"/>
1	Та жирэмсэн үедээ хордлоготой (витамины дутагдалтай) байсан уу? 1-Тийм 2-Үгүй 9-Мэдэхгүй	<input type="checkbox"/>	10	Нуруу муруй юу? 1-Тийм 2-Үгүй 9-Мэдэхгүй	<input type="checkbox"/>
2	Та жирэмсэн үедээ “Д” витамин ууж байсан уу? 1-Тийм 2-Үгүй 9-Мэдэхгүй	<input type="checkbox"/>	11	Гэдэс хэвлий томорсон уу? 1-Тийм 2-Үгүй 9-Мэдэхгүй	<input type="checkbox"/>
3	Хүүхэд хугацаанаасаа өмнө төрсөн үү? 1-Тийм 2-Үгүй 9-Мэдэхгүй	<input type="checkbox"/>	12	Толгой нь хөлөрдөг байсан уу? 1-Тийм 2-Үгүй 9-Мэдэхгүй	<input type="checkbox"/>

III.Тав хүртэлх насны хүүхдийн талаархи асуулга

5 хүртэлх насны хүүхэдтэй өрх, тэдгээрийг асардаг бүх эхчүүд, асран хамгаалагч нар энэ асуулгад хамрагдана. Хүүхдийн хувийн дугаар болон хүүхдийн эх эсвэл асрагчийн хувийн дугаарыг бүрэн нөхнө.

Бүлгийн № _____		Өрхийн № _____	Эх/асрагчийн ХД. __	Хүүхдийн ХД. __
III.1 (BR) ХҮҮХДИЙН ТӨРСНИЙ БҮРТГЭЛ, СУРГУУЛИЙН ӨМНӨХ БОЛОВСРОЛ ОЛГОЛТ				
1	Хүүхдийн нэр		
2	Хэдэн настай вэ?	Бүтэн нас	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
3	Энэ хүүхэд хэдэн оны хэдэн сарын хэдэнд төрсөн бэ? <i>Мэдэхгүй-99/</i>	___ / ___ / _____ өдөр сар он	...99	
4	Төрсний гэрчилгээтэй юу? <i>1-Бий (гэрчилгээг үзсэн) ⇒А.8</i> <i>2-Бий(гэрчилгээг үгүй)</i> <i>3-Үгүй</i> <i>9-Мэдэхгүй</i>	<input type="checkbox"/>		
5	Хүүхэд төрөөд албан ёсоор бүртгэгдсэн үү? <i>1-Тийм ⇒А.8</i> <i>2-Үгүй</i> <i>9-Мэдэхгүй ⇒А.7</i>	<input type="checkbox"/>		
6	Яагаад хүүхдийг төрөхөд нь албан ёсоор бүртгүүлээгүй вэ? <i>Бүртгэлийн үнэ өндөр -1, Бүртгүүлэх газар хол - 2</i> <i>Бүртгүүлэх ёстой гэдгийг мэддэггүй -3</i> <i>Торгууль төлөх болсноос -4</i> <i>Хаана бүртгэгдгийг мэдэхгүй -5</i> <i>Бусад тодруул _____ 6</i> <i>Мэдэхгүй -9</i>	<input type="checkbox"/>		
7	Та хүүхдээ яаж бүртгүүлэхийг мэдэх үү? <i>Тийм -1</i> <i>Үгүй -2</i> <i>Хариулаагүй – 9</i>	<input type="checkbox"/>		
8	3-8 насны хүүхэдтэй гэсэн бол (шалгаад асуу): Хүүхэд сургуулийн өмнөх боловсрол эзэмших ямар нэгэн сургалтанд хамрагддаг уу? <i>1-Тийм</i> <i>2-Үгүй</i> <i>9-Мэдэхгүй</i> } ⇒Дараагийн бүлэг		<input type="checkbox"/>	
9	Сүүлийн долоо хоногт танай хүүхэд дээрх сургалтанд хэдэн цаг явсан бэ?		_____	
III.2 (VA) “А” ВИТАМИНЫ ХЭРЭГЛЭЭ				
1	“А” витамин ууж байсан уу? (капсулыг үзүүл) <i>1-Тийм</i> <i>2-Үгүй</i> <i>9-Мэдэхгүй</i> } ⇒Дараагийн бүлэг		<input type="checkbox"/>	
2	Сүүлийн тунг хэдэн сарын өмнө уусан бэ? <i>Сарын өмнө</i> <i>Мэдэхгүй -99</i>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
3	Сүүлийн тунг хаана уусан бэ? <i>Эрүүл мэндийн төв дээр -1, Хүүхэд өвдөж эрүүл мэндийн төвд очих үедээ -2,</i> <i>Үндэсний вакцинжуулалтын Өдөр, компанит ажлын үеэр -3, Бусад тодруул _____ 4</i> <i>Мэдэхгүй - 9</i>		<input type="checkbox"/>	
4	Танай хүүхэд өдрийн цагаар юм харахад харааны ямар нэгэн хүндрэл байдаг уу? <i>1-Тийм</i> <i>2-Үгүй</i> <i>9-Мэдэхгүй</i>		<input type="checkbox"/>	

5	Танай хүүхэд оройн цагаар юм харахад харааны ямар нэгэн хүндрэл байдаг уу? 1-Тийм 2-Үгүй 9-Мэдэхгүй } ⇒A.7	<input type="checkbox"/>
6	Энэ хүндрэл нь танай бусад хүүхдүүдээс ялгаатай юу? 1-Тийм 2-Үгүй 9-Мэдэхгүй	<input type="checkbox"/>
7	Танай хүүхэд оройн харалган уу? 1-Тийм 2-Үгүй 9-Мэдэхгүй	<input type="checkbox"/>
III.3 (BF) ХӨХӨӨР ХООЛЛОЛТ		
1	Танай хүүхэд хөхөөр хооллож байсан уу? 1-Тийм 2-Үгүй 9-Мэдэхгүй } ⇒A.4	<input type="checkbox"/>
2	Танай хүүхэд одоо хөхөөр хооллож байгаа юу? 1-Тийм 2-Үгүй 9-Мэдэхгүй } ⇒A.4	<input type="checkbox"/>
3	Сүүлийн нэг хоногт хүүхэд чинь дараах зүйлээс алиныг нь ууж, идсэн бэ?	
	A Аминдэм, нэмэлт эрдэс, эм: Тийм-1, Үгүй- 2, Мэдэхгүй- 9	<input type="checkbox"/>
	B Буцалсан ус: Тийм-1, Үгүй- 2, Мэдэхгүй-9	<input type="checkbox"/>
	C Чихэртэй, бусад зүйлээр амталсан ус,жимсний шүүс,цай, найруулсан ундаа: Тийм-1, Үгүй- 2, Мэдэхгүй- 9	<input type="checkbox"/>
	D Сод давстай ус, давс, чихрийн уусмал: Тийм-1, Үгүй- 2, Мэдэхгүй- 9	<input type="checkbox"/>
	E Сүү, сүүн бүтээгдэхүүн: Тийм-1, Үгүй- 2, Мэдэхгүй- 9	<input type="checkbox"/>
	F Бусад _____ : тодруул Тийм-1, Үгүй- 2, Мэдэхгүй- 9	<input type="checkbox"/>
G Нухаагүй болон нухсан хоол хүнс Тийм-1,Үгүй- 2, Мэдэхгүй- 9	<input type="checkbox"/>	
4	Сүүлийн нэг хоногт хүүхэддээ угж болон сорж уудаг аягаар юм уулгасан уу? 1-Тийм 2-Үгүй 9-Мэдэхгүй	<input type="checkbox"/>
III.4 (CI) . ХҮҮХДИЙН ӨВЧЛӨЛ, ЭМЧИЛГЭЭ, СУВИЛГАА		
1	Сүүлийн 14 хоногт хүүхэд чинь гэдэс нь өвдөж суулгаж, гүйлгэж байсан уу? 1-Тийм ⇒A.3 2-Үгүй 9-Мэдэхгүй	<input type="checkbox"/>
2	2. Сүүлийн 14 хоногт өөр ямар нэг өвчнөөр өвчилж, зовиурлаж байсан уу? 1-Тийм ⇒A.4 2-Үгүй } ⇒A.11 9-Мэдэхгүй	<input type="checkbox"/>
3	Хүүхэд суулгалт өвчнөөр хамгийн сүүлд өвчлөхдөө доорхи шингэн зүйлээс уусан уу?	
	A Хөхний сүү? Тийм-1, Үгүй- 2, Мэдэхгүй- 9	<input type="checkbox"/>
	B Хүүхдийн будаа болон бусад төрлийн будаа ? Тийм-1, Үгүй- 2, Мэдэхгүй- 9	<input type="checkbox"/>
	C Гэрийн нөхцөлд бэлтгэсэн өргөн хэрэглэдэг ундаа жишээ нь тараг г.м. Тийм-1, Үгүй- 2, Мэдэхгүй- 9	<input type="checkbox"/>
	D Давс чихрийн уусмал? Тийм-1, Үгүй- 2, Мэдэхгүй- 9	<input type="checkbox"/>
	E Сүүн болон хүүхдийн тэжээл? Тийм-1, Үгүй- 2, Мэдэхгүй- 9	<input type="checkbox"/>
	F Хооллохдоо ус хамт өгсөн үү? Тийм-1, Үгүй- 2, Мэдэхгүй- 9	<input type="checkbox"/>
	G Дан буцалгасан ус ? Тийм-1, Үгүй- 2, Мэдэхгүй- 9	<input type="checkbox"/>
	H Тухайн өвчлөлийн үед "ууж болохгүй" ундааны зүйлс кока кола г.м. Тийм-1, Үгүй- 2, Мэдэхгүй- 9	<input type="checkbox"/>
I Юу ч өгөөгүй Тийм-1, Үгүй- 2, Мэдэхгүй- 9	<input type="checkbox"/>	

4	Хүүхэд өвчтэй байх үедээ шингэнийг ямар хэмжээгээр уусан бэ? <i>Маш бага, огт үгүй –1, Хэвийн хэмжээнд (хэвийн хэмжээнээс арай бага) –2, Хэвийн хэмжээнээс илүү-3 Мэдэхгүй -9</i>	<input type="checkbox"/>		07-Хувийн эмч 08-Ардын эмчилгээ хийгч, бариач 09-Эмийн санч, эмийн сангийн худалдагч 10-Хамаатан садан, найз нөхөд 11-Бусад тодруул _____	07 08 09 10 11
5	Хүүхэд өвчтэй байх үедээ хоолоо (хэвийн хэмжээнээс) хэр зэрэг идэж байсан бэ? <i>Огт үгүй –1, Хамаагүй бага-2, Бага зэрэг –3, Хэвийн –4, Их –5, Мэдэхгүй -9</i>	<input type="checkbox"/>			
6	Сүүлийн 14 хоногт хүүхэд ханиалгаж байсан уу? <i>1-Тийм 2-Үгүй 9-Мэдэхгүй</i> } A.11	<input type="checkbox"/>			
7	Энэ өвчний үед хүүхдийн амьсгаа хэвийнхээс өндөр, аль эсвэл амьсгалахад хүнд байсан уу? <i>1-Тийм 2-Үгүй 9-Мэдэхгүй</i> } A.11	<input type="checkbox"/>			
8	Амьсгал нь хэвийн бус байсан нь хамар нь битүүрснээс болсон уу аль эсвэл цээж нь хатгаатай болоод уу? <i>Цээжиндээ –2, Дээрхи хоёул -3 Хамар битүүрсэн-1 Бусад тодруул _____4</i> } A.11 <i>Мэдэхгүй -9</i>	<input type="checkbox"/>			
9	Хүүхдээ эмчлэхийн тулд гэрээсээ гадна, бусдад хандаж зөвлөлгөө, тусламж авсан уу? <i>1-Тийм 2-Үгүй 9-Мэдэхгүй</i>	<input type="checkbox"/>			
10	Хүүхдээ өвчлөхөд хаана үзүүлж, зөвлөлгөө, тусламж авсан бэ? <i>01-Эмнэлэг 02-Эрүүл мэндийн төв 03-Диспансер 04-Эрүүл мэндийн сайн дурын ажилтан 05-Эх, нялхсын эмнэлэг 06-Явуулын эмнэлэг</i>		01 02 03 04 05 06		
III.5 (НВ) . ХАЛДВАРТ ШАР ӨВЧИН					
11	11. Та ямар тохиолдолд, тухайлбал ямар шинж тэмдэг илрэхэд хүүхдээ эмнэлэгт яаралтай үзүүлдэг вэ? (Заримдаа хүүхэд хүндээр өвчилж түүнийг эмнэлэгт яаралтай үзүүлэх шаардлага гардаг) <i>01-Хөхөө хөхөж буюу юм ууж чадахгүй 02-Хүүхэд өвчлөх 03-Хүүхэд халуурч эхлэх 04-Хүүхдийн амьсгаа түргэсэх 05-Хүүхэд амьсгалахад хүнд байх 06-Хүүхэд цустай баах 07-Хүүхэд шингэн юм бараг ууж чадахгүй 08-Бусад тодруул _____ 09-Бусад тодруул _____ 10-Бусад тодруул _____</i>		01 02 03 04 05 06 07 08 09 10		
1	Таны хүү/охин халдварт шар өвчнөөр өвчилж байсан уу? <i>1-Тийм 2-Үгүй 9-Мэдэхгүй</i> } ⇒ дараагийн бүлэг	<input type="checkbox"/>			
2	Өвчилж байсан бол хэдэн жилийн өмнө өвчилсөн бэ? <i>Жилийн өмнө</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Бүлгийн № ___ Өрхийн № _____ Эх/асрагчийн ХД. __ Хүүхдийн ХД. __

III.6 (IM) . ВАКЦИНЖУУЛАЛТ			
Вакцинжуулалтын карттай бол 2-5 дугаар асуултын хариуг картнаас харж нөхөж бичнэ. Карт байхгүй тохиолдолд 7-15-р асуултыг асууна.			
1	Хүүхдэд вакцин хийлгэсэн бүртгэл, карт, баримт бий юу? 1-Тийм 2-Үгүй 9-Мэдэхгүй } => А.7	<input type="checkbox"/>	
(a) Вакцин хийлгэсэн он сар өдрийг картнаас хуулж бич		Вакцин хийлгэсэн он, сар, өдөр	
(b) Карт дээр вакцин хийсэн өдрийг тэмдэглээгүй тохиолдолд өдрийг '44' гэж бичнэ.		Өдөр	Сар Он
2	BCG (сүрьеэ)	___	___
3	A OPV0 (саагийн вакцин 0)	___	___
	B OPV1 (саагийн вакцин 1)	___	___
	C OPV2 (саагийн вакцин 2)	___	___
	D OPV3 (саагийн вакцин 3)	___	___
4	A DPT1 (сахуу)	___	___
	B DPT2 (сахуу-хөхүүл ханиалга)	___	___
	C DPT3 (сахуу-татран-хөхүүл-ханиалга)	___	___
5	A УЛААН БУРХАН	___	___
	B ГЕПАТИТ	___	___
6	Картан дээр бүртгэгдсэн вакцинаас гадна хүүхдэд өөр төрлийн вакцин хийсэн үү? Жишээ нь : үндэсний вакцинжуулалтын өдрөөр BCG, OPV 0-3, DPT 1-3, улаан бурхан, гепатитын эсрэг вакцин хийлгэсэн бол “тийм” гэж хариулаад 15-р асуулт руу оч. 1- Тийм (2-5-р асуултын өдөр гэсэн баганад “66” гэж бич), 2- Үгүй, 9 –Мэдэхгүй	<input type="checkbox"/>	

7	Хүүхэд тань дээр дурьдаагүй өөр ямар нэг вакцин хийлгэсэн үү? 1-Тийм 2-Үгүй 9-Мэдэхгүй } => А.15	<input type="checkbox"/>
8	Хүүхдэд сүрьеэ өвчний эсрэг (BCG) вакцин хийлгэж байсан уу? Тарианы сорив хүүхдийн зүүн мөрөнд байх ёстой, үз. 1-Тийм 2-Үгүй 9-Мэдэхгүй	<input type="checkbox"/>
9	Хүүхдэд саагийн эсрэг вакцин дуслар уулгасан уу ? 1-Тийм 2-Үгүй 9-Мэдэхгүй } => А.12	<input type="checkbox"/>
10	Хүүхэд саагийн эсрэг вакцины эхний тунг уухад хэдэн настай байсан бэ? хүүхэд төрсний дараахан эсвэл арай хожуу өгсөн үү? Төрсний дараахан–1, Арай хожуу- 2	<input type="checkbox"/>
11	Хүүхдэд саагийн эсрэг вакциныг хэдэн удаа өгсөн бэ? Удаа	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12	Татран, хөхүүл ханиалга (ДРТ) дифтерийн эсрэг урьдчилан сэргийлэх тариалгуудыг хүүхдийн хонгонд нь тарьсан уу? 1-Тийм 2-Үгүй 9-Мэдэхгүй } => А.14	<input type="checkbox"/>
13	Хүүхдийг хэдэн удаа тарьсан бэ? Удаа	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Бүлгийн № ___ Өрхийн № _____ Эх/асрагчийн ХД. __ Хүүхдийн ХД. __

14	Хүүхдийг 9 сар буюу түүнээс дээш сартай байхад нь урьдчилан сэргийлэх тариалга гарт нь тарьж байсан уу? <i>1-Тийм 2-Үгүй 9-Мэдэхгүй</i>	<input type="checkbox"/>
15	Хүүхэддээ үндэсний вакцинжуулалтын өдрүүдэд вакцин хийлгэж байсан уу?	
	A Вакцинжуулалтын өдөр А : <i>1-тийм , 2-үгүй, 9-мэдэхгүй</i>	<input type="checkbox"/>
	B Вакцинжуулалтын өдөр В: <i>1-тийм, 2-үгүй, 9-мэдэхгүй</i>	<input type="checkbox"/>
	C Вакцинжуулалтын өдөр С: <i>1-тийм, 2-үгүй, 9-мэдэхгүй</i>	<input type="checkbox"/>
III.7 (АН) ХҮҮХДИЙН БИЕЙН ЕРӨНХИЙ ХЭМЖЭЭС		
Өрхийн 5 хүртэлх насны бүх хүүхдээс асуулга авч дууссаны дараа хүүхэд бүрийн жин, өндрийг хэмжинэ.Хэмжилтийг тэмдэглэхийн өмнө хүүхдийн нэр , хувийн дугаарыг дахин сайн нягталж шалга		
1	Хүүхдийн жин. кг	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
2	Хүүхдийн урт (өндөр)	
	Урт(см) хэвтээгээр	_____ . _____
	Өндөр(см) босоогоор	_____ . _____
3	Хэмжилт хийсэн мэргэжлийн хүний үнэмлэхийн дугаар	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

4	Үр дүн : <i>Хүүхдийг хэмжсэн- 1, Хүүхэд байгаагүй - 2, Хүүхэд хэмжүүлэхгүй, татгалзсан- 3 Бусад тодруул _____ - 4</i>	<input type="checkbox"/>
5	Гэрт хэмжилтэнд хамрагдах ёстой өөр хүүхэд байгаа юу? <i>Тийм => тэр хүүхдүүдийг хэмжих.</i> Үгүй => таны асуулгад хариулсан бүх оролцогчдоод талархал илэрхийл.	