

OPĆA MEDICINA

ない か もんしんひょう
内科問診票Hrvatski
クロアチア語Povjerite sve odgovarajuće odgovore. あてはまるものにチェックしてください

Godina 年

Mjesec 月

Dan 日

Prezime i ime 名前		<input type="checkbox"/> Muškarac 男	<input type="checkbox"/> Žena 女
Datum rođenja 生年月日	_____ Godina 年 _____ Mjesec 月 _____ Dan 日	Telefon 電話	
Adresa 住所			
Imate li zdravstveno osiguranje? 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> Da はい	<input type="checkbox"/> Ne いいえ	
Državljanstvo 国籍		Jezik 言葉	

Simptomi どうしましたか			
<input type="checkbox"/> Groznica (°C) 熱がある	<input type="checkbox"/> Bol u grlu のどが痛い	<input type="checkbox"/> Kašalj せき	<input type="checkbox"/> Glavobolja 頭が痛い
<input type="checkbox"/> Bol u prsima 胸が痛い	<input type="checkbox"/> Osip 発疹	<input type="checkbox"/> Palpitacija 動悸	<input type="checkbox"/> Zadiha 息切れ
<input type="checkbox"/> Otekline むくみ	<input type="checkbox"/> Vrtoglavica めまい	<input type="checkbox"/> Pritisak u prsima 胸が苦しい	<input type="checkbox"/> Bol u trbuhu お腹が痛い
<input type="checkbox"/> Bol u želucu 胃が痛い	<input type="checkbox"/> Visoki krvni tlak 高血圧	<input type="checkbox"/> Trnci しびれ	<input type="checkbox"/> Obilna zeđ □が渴く
<input type="checkbox"/> Smanjenje težine 体重が減っている		<input type="checkbox"/> Napuhnut trbuh お腹が張る	
<input type="checkbox"/> Gubitak apetita 食欲がない	<input type="checkbox"/> Povraćanje 嘔吐	<input type="checkbox"/> Mučnina 吐き気	<input type="checkbox"/> Proljev 下痢
<input type="checkbox"/> Krvava stolica 血便	<input type="checkbox"/> Tupoća だるい	<input type="checkbox"/> Laki zamor 疲れやすい	<input type="checkbox"/> Drugi その他
Od kada imate probleme? それはいつからですか			
Od _____ Godine 年 _____ Mjeseca 月 _____ Dana 日から			
Da li ste imali alergije od lijeka ili jela? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか			
<input type="checkbox"/> Da はい → <input type="checkbox"/> Lijek 薬 <input type="checkbox"/> Jelo 食べ物 <input type="checkbox"/> Drugi その他 <input type="checkbox"/> Ne いいえ			
Uzimate li lijek sada? 現在飲んでいる薬はありますか			
<input type="checkbox"/> Da はい → Ako imate neki sa sobom pokazite mi to, molim Vas. 持っていれば見せてください <input type="checkbox"/> Ne いいえ			
Da li ste u drugom stanju ili postoji li mogućnost trudnoće? 妊娠していますか、またその可能性はありますか			
<input type="checkbox"/> Da はい → _____ Mjeseci 月 <input type="checkbox"/> Ne いいえ			
Dojite li sada dijete? 授乳中ですか		<input type="checkbox"/> Da はい	<input type="checkbox"/> Ne いいえ
Kakve ste bolesti imali ranije? 今までにかかった病気はありますか			
<input type="checkbox"/> Želučana i crijevna bolest 胃腸の病気	<input type="checkbox"/> Bolest jetre 肝臓の病気	<input type="checkbox"/> Srčana bolest 心臓の病気	
<input type="checkbox"/> Bubrežna bolest 腎臓の病気	<input type="checkbox"/> Tuberkuloza 結核	<input type="checkbox"/> Šećerna bolest 糖尿病	
<input type="checkbox"/> Visoki krvni tlak 高血圧症	<input type="checkbox"/> SIDA エイズ	<input type="checkbox"/> Astma ぜんそく	
<input type="checkbox"/> Sifilis 梅毒	<input type="checkbox"/> Drugi その他	<input type="checkbox"/> Bolest štitne žlijezde 甲状腺の病気	
Liječite li trenutno bilo koju bolest? 現在治療している病気はありますか		<input type="checkbox"/> Da はい	<input type="checkbox"/> Ne いいえ
Da li ste imali operaciju? 手術を受けたことがありますか		<input type="checkbox"/> Da はい	<input type="checkbox"/> Ne いいえ
Da li ste imali transfuziju krvi? 輸血を受けたことがありますか		<input type="checkbox"/> Da はい	<input type="checkbox"/> Ne いいえ
Možete li sljedeći put sami dovesti prevoditelja? 今後、通訳を自分で連れてくることができますか			
<input type="checkbox"/> Da はい <input type="checkbox"/> Ne いいえ			

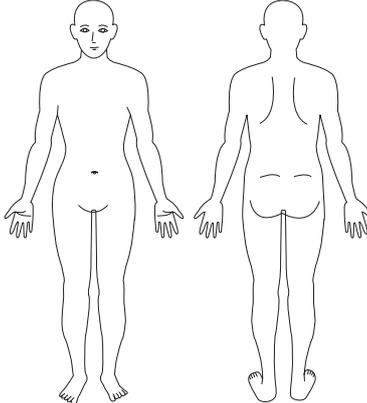
Povjerite sve odgovarajuće odgovore. あてはまるものにチェックしてください

Godina 年

Mjesec 月

Dan 日

Prezime i ime 名前		<input type="checkbox"/> Muškarac 男	<input type="checkbox"/> Žena 女
Datum rođenja 生年月日	_____ Godina 年 _____ Mjesec 月 _____ Dan 日	Telefon 電話	
Adresa 住所			
Imate li zdravstveno osiguranje? 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> Da はい	<input type="checkbox"/> Ne いいえ	
Državljanstvo 国籍		Jezik 言葉	

Simptomi どうしましたか	Zaokružite na slikama dolje. 症状のあるところに丸をしてください
<input type="checkbox"/> Groznica (°C) 熱がある <input type="checkbox"/> Bol u trbuhu お腹が痛い <input type="checkbox"/> Rana けが <input type="checkbox"/> Opekline やけど <input type="checkbox"/> Čvorčići しこり <input type="checkbox"/> Trnci しびれ <input type="checkbox"/> Uganuće ひねった <input type="checkbox"/> Smanjenje težine 体重が減っている <input type="checkbox"/> Svrbež かゆい <input type="checkbox"/> Žučni kamenci 胆石 <input type="checkbox"/> Otekline 腫れ <input type="checkbox"/> Hemoroidi 痔 <input type="checkbox"/> Krvava stolica 血便 <input type="checkbox"/> Grlo (Štitnjača) のど (甲状腺) <input type="checkbox"/> Kila (Hernija) 脱腸 (ヘルニア) <input type="checkbox"/> Drugi その他	
<input type="checkbox"/> Vrat 首 <input type="checkbox"/> Pluća 肺 <input type="checkbox"/> Prsni koš 乳房 <input type="checkbox"/> Trbuh 胃 <input type="checkbox"/> Pupak へそ <input type="checkbox"/> Crijeva 腸	
Od kada imate probleme? それはいつからですか	
Od _____ Godine 年 _____ Mjeseca 月 _____ Dana 日から	
Da li ste imali alergije od lijekova ili jela? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか	
<input type="checkbox"/> Da はい → <input type="checkbox"/> Lijek 薬 <input type="checkbox"/> Jelo 食べ物 <input type="checkbox"/> Drugi その他 <input type="checkbox"/> Ne いいえ	
Uzimate li lijek sada? 現在飲んでいる薬はありますか	
<input type="checkbox"/> Da はい → Ako imate neki sa sobom pokazite mi to, molim Vas. 持っていれば見せてください <input type="checkbox"/> Ne いいえ	
Da li ste u drugom stanju ili postoji li mogućnost trudnoće? 妊娠していますか、またその可能性はありますか	
<input type="checkbox"/> Da はい → _____ Mjeseci ヶ月 <input type="checkbox"/> Ne いいえ	
Dojite li sada dijete? 授乳中ですか	<input type="checkbox"/> Da はい <input type="checkbox"/> Ne いいえ
Kakve ste bolesti imali ranije? 今までにかかった病気はありますか	
<input type="checkbox"/> Želučana i crijevna bolest 胃腸の病気 <input type="checkbox"/> Bolest jetre 肝臓の病気 <input type="checkbox"/> Srčana bolest 心臓の病気 <input type="checkbox"/> Bubrežna bolest 腎臓の病気 <input type="checkbox"/> Tuberkuloza 結核 <input type="checkbox"/> Šećerna bolest 糖尿病 <input type="checkbox"/> Astma ぜんそく <input type="checkbox"/> Visoki krvni tlak 高血圧症 <input type="checkbox"/> SIDA エイズ <input type="checkbox"/> Bolest štitne žlijezde 甲状腺の病気 <input type="checkbox"/> Sifilis 梅毒 <input type="checkbox"/> Drugi その他	
Liječite li trenutno bilo koju bolest? 現在治療している病気はありますか	<input type="checkbox"/> Da はい <input type="checkbox"/> Ne いいえ
Da li ste imali operaciju? 手術を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> Da はい <input type="checkbox"/> Ne いいえ
Da li ste imali transfuziju krvi? 輸血を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> Da はい <input type="checkbox"/> Ne いいえ
Da li ste imali neki problem s anestezijom? 麻酔をして何かトラブルがありましたか	<input type="checkbox"/> Da はい <input type="checkbox"/> Ne いいえ
Ako imate preporuku za ovu bolnicu, odgovorite slijedeća pitanja. 紹介状のある方だけ書いてください	
Imate li prethodni rendgenski snimak? レントゲンフィルムを持っていますか	<input type="checkbox"/> Da はい <input type="checkbox"/> Ne いいえ
Imate li endoskopski snimak? 内視鏡フィルムを持っていますか	<input type="checkbox"/> Da はい <input type="checkbox"/> Ne いいえ

Možete li sljedeći put sami dovesti prevoditelja? こんご づうやく じぶん づ 今後、通訳を自分で連れてくることができますか

Da はい

Ne いいえ

〈2/2ページ〉

ORTOPEDIJA

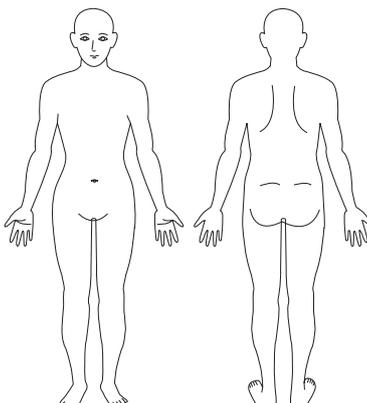
せいけいげかもんしんひょう
整形外科問診票

Hrvatski
クロアチア語

Povjerite sve odgovarajuće odgovore. あてはまるものにチェックしてください

Godina ^{ねん}年 _____ Mjesec ^{がつ}月 _____ Dan ^{にち}日 _____

Prezime i ime ^{なまえ} 名前			<input type="checkbox"/> Muškarac ^{おとこ} 男	<input type="checkbox"/> Žena ^{おんな} 女
Datum rođenja ^{せいねんがっぴ} 生年月日	_____ Godina ^{ねん} 年 _____ Mjesec ^{がつ} 月 _____ Dan ^{にち} 日	Telefon ^{でんわ} 電話		
Adresa ^{じゅうしょ} 住所				
Imate li zdravstveno osiguranje? ^{けんこうほけん} 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> Da ^{はい} はい		<input type="checkbox"/> Ne ^{いいえ} いいえ	
Državljanstvo ^{こくせき} 国籍	Jezik ^{ことば} 言葉			

<p>Simptomi ^{どうしましたか} どうしましたか</p> <p><input type="checkbox"/> Groznica (^{ねつ}°C) 熱がある</p> <p><input type="checkbox"/> Rana ^{けが}けが</p> <p><input type="checkbox"/> Čvorić ^{しこり}しこり</p> <p><input type="checkbox"/> Svrbež ^{かゆい}かゆい</p> <p><input type="checkbox"/> Uganuće ^{ひねった}ひねった</p> <p><input type="checkbox"/> Drugi ^{その他}その他</p> <p><input type="checkbox"/> Bol ^{いたみ}痛み</p> <p><input type="checkbox"/> Opeklina ^{やけど}やけど</p> <p><input type="checkbox"/> Oteklina ^{はれもの}はれもの</p> <p><input type="checkbox"/> Trnci ^{しびれ}しびれ</p> <p><input type="checkbox"/> Smanjenje težine ^{たいじゅうへ}体重が減っている</p>	<p>Zaokružite na slikama dolje. ^{しょうじょう}症状のあるところに丸をしてください</p> 		
Od kada imate probleme? ^{それはいつからですか} それはいつからですか			
Od _____ Godine ^{ねん} 年 _____ Mjeseca ^{がつ} 月 _____ Dana ^{にち} 日から			
Da li ste imali alergije od lijeka ili jela? ^{くすり た もの} 薬や食べ物でアレルギーが出ますか			
<input type="checkbox"/> Da ^{はい} はい → <input type="checkbox"/> Lijek ^{くすり} 薬 <input type="checkbox"/> Jelo ^{た もの} 食べ物 <input type="checkbox"/> Drugi ^{その他} その他	<input type="checkbox"/> Ne ^{いいえ} いいえ		
Uzimate li lijek sada? ^{げんざいの} 現在飲んでいる薬はありますか			
<input type="checkbox"/> Da ^{はい} はい → Ako imate neki sa sobom pokazite mi to, molim Vas. ^も 持っていれば見せてください	<input type="checkbox"/> Ne ^{いいえ} いいえ		
Da li ste u drugom stanju ili postoji li mogućnost trudnoće? ^{にんしん} 妊娠していますか、またその可能性はありますか			
<input type="checkbox"/> Da ^{はい} はい → _____ Mjeseci ^{かげつ} ヶ月	<input type="checkbox"/> Ne ^{いいえ} いいえ		
Dojite li sada dijete? ^{じゅにゅうちゅう} 授乳中ですか	<input type="checkbox"/> Da ^{はい} はい <input type="checkbox"/> Ne ^{いいえ} いいえ		
Kakve ste bolesti imali ranije? ^{いま} 今までにかかった病気はありますか			
<input type="checkbox"/> Želučana i crijevna bolest ^{いちょうびょうき} 胃腸の病気	<input type="checkbox"/> Bolest jetre ^{かんぞうびょうき} 肝臓の病気	<input type="checkbox"/> Srčana bolest ^{しんぞうびょうき} 心臓の病気	
<input type="checkbox"/> Bubrežna bolest ^{じんぞうびょうき} 腎臓の病気	<input type="checkbox"/> Tuberkuloza ^{けっかく} 結核	<input type="checkbox"/> Šećerna bolest ^{とうりょうびょう} 糖尿病	
<input type="checkbox"/> Visoki krvni tlak ^{こうけつあつしょう} 高血圧症	<input type="checkbox"/> SIDA ^{エイズ} エイズ	<input type="checkbox"/> Astma ^{ぜんそく} ぜんそく	
<input type="checkbox"/> Sifilis ^{はいどく} 梅毒	<input type="checkbox"/> Drugi ^{その他} その他	<input type="checkbox"/> Bolest štitne žlijezde ^{こうじょうせん} 甲状腺の病気	
Liječite li trenutno bilo koju bolest? ^{げんざいちりょう} 現在治療している病気はありますか	<input type="checkbox"/> Da ^{はい} はい <input type="checkbox"/> Ne ^{いいえ} いいえ		
Da li ste imali operaciju? ^{しゅじゅつ} 手術を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> Da ^{はい} はい <input type="checkbox"/> Ne ^{いいえ} いいえ		
Da li ste imali transfuziju krvi? ^{けつ} 輸血を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> Da ^{はい} はい <input type="checkbox"/> Ne ^{いいえ} いいえ		
Da li ste imali neki problem s anestezijom? ^{ますい} 麻酔をして何かトラブルがありましたか	<input type="checkbox"/> Da ^{はい} はい <input type="checkbox"/> Ne ^{いいえ} いいえ		
Možete li sljedeći put sami dovesti prevoditelja? ^{こんご} 今後、通訳を自分で連れてくることができますか			
<input type="checkbox"/> Da ^{はい} はい <input type="checkbox"/> Ne ^{いいえ} いいえ			

NEUROKIRURGIJA

のうしんけいげかもんしんひょう
脳神経外科問診票

Hrvatski
クロアチア語

Povjerite sve odgovarajuće odgovore. あてはまるものにチェックしてください

Godina ^{ねん}年 Mjesec ^{がつ}月 Dan ^{にち}日

Prezime i ime ^{なまえ} 名前		<input type="checkbox"/> Muškarac ^{おとこ} 男	<input type="checkbox"/> Žena ^{おんな} 女
Datum rođenja ^{せいねんがっぴ} 生年月日	_____ Godina ^{ねん} 年 _____ Mjesec ^{がつ} 月 _____ Dan ^{にち} 日	Telefon ^{でんわ} 電話	
Adresa ^{じゅうしょ} 住所			
Imate li zdravstveno osiguranje? ^{けんこうほけん} 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> Da ^{はい} はい	<input type="checkbox"/> Ne ^{いいえ} いいえ	
Državljanstvo ^{こくせき} 国籍		Jezik ^{ことば} 言葉	

Simptomi ^{どうしましたか} どうしましたか			
<input type="checkbox"/> Glavobolja ^{あたまいた} 頭が痛い	<input type="checkbox"/> Vrtoglavica ^{めまい} めまい	<input type="checkbox"/> Mučnina ^{はげ} 吐き気	<input type="checkbox"/> Povraćanje ^{おうと} 嘔吐
<input type="checkbox"/> Šum u ušima ^{みみ} 耳鳴り	<input type="checkbox"/> Ukočenost u ramenu ^{かた} 肩こり	<input type="checkbox"/> Trnci ^{しびれ} しびれ	
<input type="checkbox"/> Drhtavica (Tremor) ruku ili nogu ^{てあし} 手足のふるえ		<input type="checkbox"/> Nesvijest ^{いしき} 意識がなくなる	<input type="checkbox"/> Poremećaj sluha ^き 聞こえにくい
<input type="checkbox"/> Poremećaj vida ^{もの} 物が見えにくい		<input type="checkbox"/> Poteškoće u hodanju ^{ある} 歩きにくい	
<input type="checkbox"/> Teškoće pri pokretanju ruke ili noge ^{てあし うご わる} 手足の動きが悪い		<input type="checkbox"/> Drugi ^た その他	
Od kada imate probleme? ^{それはいつからですか} それはいつからですか	Od _____ Godine ^{ねん} 年 _____ Mjeseca ^{がつ} 月 _____ Dana ^{にち} 日から		
Da li ste udarili glavom? ^{あたま} 頭をぶつけましたか			
<input type="checkbox"/> Da ^{はい} はい → Od _____ Godine ^{ねん} 年 _____ Mjeseca ^{がつ} 月 _____ Dana ^{にち} 日から <input type="checkbox"/> Ne ^{いいえ} いいえ			
U koji dio vaše glave? ^{どこをぶつけましたか} どこをぶつけましたか			
<input type="checkbox"/> Prednji dio ^{ぜんとうぶ} 前頭部	<input type="checkbox"/> Zadnji dio ^{こうとうぶ} 後頭部	<input type="checkbox"/> Desna strana ^{みぎよこ} 右横	<input type="checkbox"/> Lijeva strana ^{ひだりよこ} 左横
Da li je to bilo od saobraćajne nesreće? ^{こうつうじこ} 交通事故ですか			<input type="checkbox"/> Da ^{はい} はい <input type="checkbox"/> Ne ^{いいえ} いいえ
Ako imate glavobolju odgovorite slijedeće pitanja. ^{あたまいたかた} 頭が痛い方への質問です			
Gdje vas boli? ^{いた} どこが痛みますか			
<input type="checkbox"/> Prednji dio ^{ぜんとうぶ} 前頭部	<input type="checkbox"/> Zadnji dio ^{こうとうぶ} 後頭部	<input type="checkbox"/> Desna strana ^{みぎよこ} 右横	<input type="checkbox"/> Lijeva strana ^{ひだりよこ} 左横 <input type="checkbox"/> Cijela glava ^{あたまぜんたい} 頭全体
Kako vas boli? ^{いた} どのように痛みますか			
<input type="checkbox"/> Lupanje ^{ズキンズキン} ズキンズキン	<input type="checkbox"/> Oštro ^{ガンガン} ガンガン	<input type="checkbox"/> Kao da se udari čekićem ^{ガンと割れるように} ガンと割れるように	
<input type="checkbox"/> Peckanje ^{キリキリ} キリキリ	<input type="checkbox"/> Bodljikavo ^{チクチク} チクチク	<input type="checkbox"/> Drugi ^た その他	
Kada vas boli najviše? ^{いちばんいた} いつが一番痛いですか			
<input type="checkbox"/> Ujutro ^{あさ} 朝	<input type="checkbox"/> Danju ^{ひる} 昼	<input type="checkbox"/> Navečer ^{ゆうがた} 夕方	<input type="checkbox"/> Cjeli dan ^{いちにちじゅう} 一日中
Da li ste imali alergije od lijeka ili jela? ^{くすり た もの} 薬や食べ物でアレルギーが出ますか			
<input type="checkbox"/> Da ^{はい} はい → <input type="checkbox"/> Lijek ^{くすり} 薬 <input type="checkbox"/> Jelo ^{た もの} 食べ物 <input type="checkbox"/> Drugi ^た その他 <input type="checkbox"/> Ne ^{いいえ} いいえ			
Uzimate li lijek sada? ^{げんざいの} 現在飲んでいる薬はありますか			
<input type="checkbox"/> Da ^{はい} はい → Ako imate neki sa sobom pokazite mi to, molim Vas. ^も 持っていれば見せてください <input type="checkbox"/> Ne ^{いいえ} いいえ			
Da li ste u drugom stanju ili postoji li mogućnost trudnoće? ^{にんしん} 妊娠していますか、またその可能性はありますか			
<input type="checkbox"/> Da ^{はい} はい → _____ Mjeseci ^{かげつ} ヶ月 <input type="checkbox"/> Ne ^{いいえ} いいえ			
Dojite li sada dijete? ^{じゅにゅうちゅう} 授乳中ですか			<input type="checkbox"/> Da ^{はい} はい <input type="checkbox"/> Ne ^{いいえ} いいえ

<1/2ページ>

いま びょうき
Kakve ste bolesti imali ranije? 今までにかかった病気はありますか

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Želučana i crijevna bolest 胃腸の病気 | <input type="checkbox"/> Bolest jetre 肝臓の病気 | <input type="checkbox"/> Srčana bolest 心臓の病気 |
| <input type="checkbox"/> Bubrežna bolest 腎臓の病気 | <input type="checkbox"/> Tuberkuloza 結核 | <input type="checkbox"/> Šećerna bolest 糖尿病 |
| <input type="checkbox"/> Visoki krvni tlak 高血圧症 | <input type="checkbox"/> SIDA エイズ | <input type="checkbox"/> Astma ぜんそく |
| <input type="checkbox"/> Sifilis 梅毒 | <input type="checkbox"/> Drugi その他 | <input type="checkbox"/> Bolest štitne žlijezde 甲状腺の病気 |

げんざい ちりよう びょうき
Liječite li trenutčno bilo koju bolest? 現在治療している病気はありますか

Da はい Ne いいえ

さけ の
Da li pijete? お酒を飲みますか

Da はい → _____ ml/dnevno ml/日 Ne いいえ

す
Da li pušite? たばこを吸いますか

Da はい → _____ komada/dnevno 本/日 Ne いいえ

しゅじゆつ う
Da li ste imali operaciju? 手術を受けたことがありますか

Da はい Ne いいえ

ますい なに
Da li ste imali neki problem s anestezijom? 麻酔をして何かトラブルがありましたか

Da はい Ne いいえ

こんご つうやく じぶん つ
Možete li sljedeći put sami dovesti prevoditelja? 今後、通訳を自分で連れてくることができますか

Da はい Ne いいえ

〈2/2ページ〉

PSIHIJARIJA

せいしん かもんしんひょう
精神科問診票Hrvatski
クロアチア語Povjerite sve odgovarajuće odgovore. あてはまるものにチェックしてください

Godina 年

Mjesec 月

Dan 日

Prezime i ime 名前		<input type="checkbox"/> Muškarac 男	<input type="checkbox"/> Žena 女
Datum rođenja 生年月日	_____ Godina 年 _____ Mjesec 月 _____ Dan 日	Telefon 電話	
Adresa 住所			
Imate li zdravstveno osiguranje? 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> Da はい	<input type="checkbox"/> Ne いいえ	
Državljanstvo 国籍		Jezik 言葉	

Simptomi どうしましたか	
<input type="checkbox"/> Slabo spavam 眠れない	<input type="checkbox"/> Pričam više nego inače いつもよりよくしゃべる
<input type="checkbox"/> Tjeskoba ili napadaji panike 不安やパニック発作	
<input type="checkbox"/> Čujem glasove iako nema nikoga u blizini 周りに人がいないのに声が聞こえる	
<input type="checkbox"/> Osjećam se depresivno うつ気分	<input type="checkbox"/> Nemam volje 元気がない
<input type="checkbox"/> Osjećam da me netko gleda 人に見られている気がする	<input type="checkbox"/> Previše se uzbuđujem 元気が良すぎる
<input type="checkbox"/> Padam u nesvijest 意識がなくなる	<input type="checkbox"/> Imam želju umrijeti 死にたい
<input type="checkbox"/> Lako se uzbuđujem 興奮しやすい	<input type="checkbox"/> Osjećam potrebu za nasiljem 暴力をふるう
<input type="checkbox"/> Drugo その他	
Od kada imate probleme? それはいつからですか	
Od _____ Godine 年 _____ Mjeseca 月 _____ Dana 日から	
Da li ste imali alergije od lijeka ili jela? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか	
<input type="checkbox"/> Da はい → <input type="checkbox"/> Lijek 薬 <input type="checkbox"/> Jelo 食べ物 <input type="checkbox"/> Drugi その他	<input type="checkbox"/> Ne いいえ
Ime pratioca 付添者の氏名	
Srodstvo 本人との関係	<input type="checkbox"/> Obitelj 家族 <input type="checkbox"/> Prijatelj 友人 <input type="checkbox"/> Drugo その他 → ()
Tko vam je predložio da nas danas posjetite? 本日の受診はどなたの意志ですか	
<input type="checkbox"/> Vi 本人 <input type="checkbox"/> Obitelj 家族 <input type="checkbox"/> Prijatelj 友人 <input type="checkbox"/> Policija 警察 <input type="checkbox"/> Netko na radnom mjestu 勤務先の人	
<input type="checkbox"/> Drugo その他 → ()	
Koja je svrha vašeg današnjeg posjeta? 本日の受診の目的は何ですか	
<input type="checkbox"/> Dijagnoza 診断 <input type="checkbox"/> Zdravstvena potvrda 診断書	
<input type="checkbox"/> Liječenje 治療 <input type="checkbox"/> Hospitalizacija 入院	
<input type="checkbox"/> Upućivanje u drugu ustanovu 紹介 <input type="checkbox"/> Drugo mišljenje セカンドオピニオン	
<input type="checkbox"/> Drugo その他 → ()	
Da li ste u drugom stanju ili postoji li mogućnost trudnoće? 妊娠していますか、またその可能性はありますか	
<input type="checkbox"/> Da はい → _____ Mjeseci ケ月	<input type="checkbox"/> Ne いいえ
Dojite li sada dijete? 授乳中ですか	<input type="checkbox"/> Da はい <input type="checkbox"/> Ne いいえ
Liječite li trenutčno bilo koju drugu bolest? 現在治療中の病気はありますか	
<input type="checkbox"/> Da はい → Naziv zdravstvene ustanove 医療機関名	<input type="checkbox"/> Ne いいえ
Uzimate li lijek sada? 現在飲んでいる薬はありますか	
<input type="checkbox"/> Da はい → Ako imate neki sa sobom pokazite mi to, molim Vas. 持っていれば見せてください	<input type="checkbox"/> Ne いいえ

<1/2ページ>

いま びょうき
Kakve ste bolesti imali ranije? 今までにかかった病気はありますか

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Demencija 認知症 (にんちしやう) | <input type="checkbox"/> Alkoholizam ili ovisnost o drogama アルコールや薬物依存 (やくぶつゐぞん) |
| <input type="checkbox"/> Problemi s raspoloženjem 気分障害 (きぶんしやうがい) → <input type="checkbox"/> Manija 躁病 (そうびやう) | <input type="checkbox"/> Manično-depresivna psihoza 躁鬱病 (そううつびやう) |
| <input type="checkbox"/> Panika パニック | <input type="checkbox"/> Depresija 鬱病 (うつびやう) |
| <input type="checkbox"/> Poremećaj ličnosti パーソナリティー障害 (しやうがい) | <input type="checkbox"/> Nesanica 不眠症 (ふみんしやう) |
| <input type="checkbox"/> Mentalna retardacija 精神遅滞 (せいしんちたい) | <input type="checkbox"/> Poteškoće u razvoju 発達障害 (はったつしやうがい) |
| <input type="checkbox"/> Shizofrenija 統合失調症 (とうごうしつちやうしやう) | <input type="checkbox"/> Epilepsija てんかん |
| <input type="checkbox"/> Drugo その他 (た) → () | <input type="checkbox"/> ADHD 注意欠陥(如)多動性障害 (ちゆういけつかんじょ た どうせいしやうがい) |

こんご つうやく じぶん つ
Možete li sljedeći put sami dovesti prevoditelja? 今後、通訳を自分で連れてくることができますか

- Da はい Ne いいえ

<2/2ページ>

PEDIJARIJA

しょうに かもんしんひょう
小児科問診票

Hrvatski
クロアチア語

Povjerite sve odgovarajuće odgovore. (あてはまるものにチェックしてください)

Godina (年)

Mjesec (月)

Dan (日)

Prezime i ime djeteta (子どもの名前)			<input type="checkbox"/> Muško (男)	<input type="checkbox"/> Žensko (女)
Datum rođenja (生年月日)	Godina (年)	Mjesec (月)	Dan (日)	Godina (年齢)
Adresa (住所)			Telefon (電話)	
Imate li zdravstveno osiguranje? (健康保険を持っていますか?)	<input type="checkbox"/> Da (はい)		<input type="checkbox"/> Ne (いいえ)	
Državljanstvo (国籍)			Jezik (言葉)	

Simptomi (どうしましたか)			
<input type="checkbox"/> Groznica (熱がある)	<input type="checkbox"/> Oboljelo grlo (のどが痛い)	<input type="checkbox"/> Kašalj (せき)	<input type="checkbox"/> Spazma (ひきつけをおこす)
<input type="checkbox"/> Potišten/Neaktivan (元気がない)	<input type="checkbox"/> Razdražljivost (機嫌が悪い)	<input type="checkbox"/> Oteklina (むくみ)	<input type="checkbox"/> Glavobolja (頭が痛い)
<input type="checkbox"/> Bol u trbuhu (お腹が痛い)	<input type="checkbox"/> Bol u prsima (胸が痛い)	<input type="checkbox"/> Osip (発しん)	<input type="checkbox"/> Želučana bol (胃が痛い)
<input type="checkbox"/> Povraćanje (嘔吐)	<input type="checkbox"/> Gubitak apetita (食欲がない)	<input type="checkbox"/> Mučnina (吐き気)	
<input type="checkbox"/> Nedovoljno povećanje težine (体重の増加不良)	<input type="checkbox"/> Proljev (下痢)	<input type="checkbox"/> Drugi (その他)	<input type="checkbox"/> Krvava stolica (血便)
<input type="checkbox"/> poteškoće s ispijanjem mlijeka (ミルクの飲みが悪い)			
Od kada dijete ima probleme? (それはいつからですか)		Od (年) (月) (日) (日から)	
Da li je imao(imala) alergije od lijeka ili jela? (薬や食べ物でアレルギーが出ますか)			
<input type="checkbox"/> Da (はい)	<input type="checkbox"/> Lijek (薬)	<input type="checkbox"/> Jaja (卵)	<input type="checkbox"/> Mlijeko (牛乳)
<input type="checkbox"/> Drugi jelo (その他の食べ物)	<input type="checkbox"/> Drugi (その他)	<input type="checkbox"/> Ne (いいえ)	
Uzimate li lijek sada? (現在飲んでいる薬はありますか)			
<input type="checkbox"/> Da (はい)	Ako imate neki sa sobom pokazite mi to, molim Vas. (持っていれば見せてください)		<input type="checkbox"/> Ne (いいえ)
Kakvu vrstu lijeka može uzeti? (どんな種類の薬が飲めますか)			
<input type="checkbox"/> Tekući lijek (シロップ)	<input type="checkbox"/> Prašni lijek (粉薬)	<input type="checkbox"/> Tableta ili kapsula (錠剤またはカプセル)	
Kako je prošao porod? (出産の時のようす)			
Težina bebe je (g) (赤ちゃんの体重)	Godina majke je (godine) (母親の年齢)		
<input type="checkbox"/> Normalno rođenje (正常分娩)	<input type="checkbox"/> Abnormalno rođenje (異常分娩)	<input type="checkbox"/> Carski rez (帝王切開)	
Već dobivena cijepljenja (接種済み予防接種)			
<input type="checkbox"/> Hib (ヒブ)	<input type="checkbox"/> Pneumokok (肺炎球菌)	<input type="checkbox"/> Poliomijelitis (ポリオ)	<input type="checkbox"/> DPT (Tri vrste cjepljenja) (三種混合)
<input type="checkbox"/> DPT-IPV (四種混合)	<input type="checkbox"/> Cijepljenje protiv tuberkuloze BCG	<input type="checkbox"/> MR (ospice, rubeola) (麻疹・風しん混合)	
<input type="checkbox"/> Vodene kozice (Varicela) (水ぼうそう)	<input type="checkbox"/> Zaušnjaci (Mums) (おたふく風邪)		
<input type="checkbox"/> Japanski encefalitis (日本脳炎)	<input type="checkbox"/> Rotavirus (ロタウィルス)	<input type="checkbox"/> Drugi (その他)	
Kakve ste bolesti imali ranije? (今までにかかった病気はありますか)			
<input type="checkbox"/> Rubeola (風しん)	<input type="checkbox"/> Vodene kozice (Varicela) (水ぼうそう)	<input type="checkbox"/> Male boginje (麻疹)	
<input type="checkbox"/> Astma (ぜんそく)	<input type="checkbox"/> Zaušnjaci (Mums) (おたふく風邪)	<input type="checkbox"/> Hripavac (百日ぜき)	<input type="checkbox"/> Apendicitis (虫垂炎)
<input type="checkbox"/> MCLS (Kawasaki bolest) (川崎病)	<input type="checkbox"/> Iznenadni osip (突発性発しん)		
<input type="checkbox"/> Japanski encefalitis (日本脳炎)	<input type="checkbox"/> Febrilne konvulzije (熱性けいれん)	<input type="checkbox"/> Drugi (その他)	
Liječite li trenutno bilo koju bolest? (現在治療している病気はありますか)		<input type="checkbox"/> Da (はい)	<input type="checkbox"/> Ne (いいえ)
Da li ste imali operaciju? (手術を受けたことがありますか)		<input type="checkbox"/> Da (はい)	<input type="checkbox"/> Ne (いいえ)
Da li ste imali neki problem s anestezijom? (麻酔をして何かトラブルがありましたか)		<input type="checkbox"/> Da (はい)	<input type="checkbox"/> Ne (いいえ)
Možete li sljedeći put sami dovesti prevoditelja? (今後、通訳を自分で連れてくることができますか)			
<input type="checkbox"/> Da (はい)	<input type="checkbox"/> Ne (いいえ)		

DERMATOLOGIJA

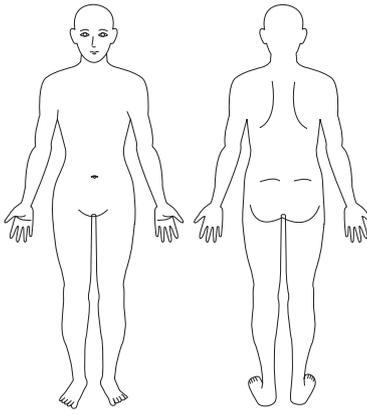
皮膚科問診票

Hrvatski
クロアチア語

Povjerite sve odgovarajuće odgovore. あてはまるものにチェックしてください

Godina 年 Mjesec 月 Dan 日

Prezime i ime 名前		<input type="checkbox"/> Muškarac 男	<input type="checkbox"/> Žena 女
Datum rođenja 生年月日	Godina 年 Mjesec 月 Dan 日	Telefon 電話	
Adresa 住所			
Imate li zdravstveno osiguranje? 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> Da はい	<input type="checkbox"/> Ne いいえ	
Državljanstvo 国籍	Jezik 言葉		

Simptomi どうしましたか	<p>Zaokružite na slikama dolje. 症状のあるところに丸をしてください</p> 
<input type="checkbox"/> Groznica (°C) 熱がある <input type="checkbox"/> Bol 痛い <input type="checkbox"/> Svrbež かゆい	
<input type="checkbox"/> Opekline やけど <input type="checkbox"/> Osip 発しん <input type="checkbox"/> Ekcem 湿疹	
<input type="checkbox"/> Modrica あざ <input type="checkbox"/> Madež ほくろ <input type="checkbox"/> Pjega しみ	
<input type="checkbox"/> Gljivice 水虫 <input type="checkbox"/> Gnojenje じくじくしている <input type="checkbox"/> Drugi その他	
Od kada imate probleme? それはいつからですか	
Od _____ Godine 年 _____ Mjeseca 月 _____ Dana 日から	
Da li su se mijenjali simptomi? その症状は変化していますか	
<input type="checkbox"/> Da はい <input type="checkbox"/> Ne いいえ	
Da li ste imali alergije od lijeka ili jela? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか	
<input type="checkbox"/> Da はい → <input type="checkbox"/> Lijek 薬 <input type="checkbox"/> Jelo 食べ物 <input type="checkbox"/> Drugi その他 <input type="checkbox"/> Ne いいえ	
Uzimate li lijek sada? 現在飲んでいる薬はありますか	
<input type="checkbox"/> Da はい → Ako imate neki sa sobom pokazite mi to, molim Vas. 持っていれば見せてください <input type="checkbox"/> Ne いいえ	
Da li ste u drugom stanju ili postoji li mogućnost trudnoće? 妊娠していますか、またその可能性はありますか	
<input type="checkbox"/> Da はい → _____ Mjeseci ヶ月 <input type="checkbox"/> Ne いいえ	
Dojite li sada dijete? 授乳中ですか	<input type="checkbox"/> Da はい <input type="checkbox"/> Ne いいえ
Kakve ste bolesti imali ranije? 今までにかかった病気はありますか	
<input type="checkbox"/> Želučana i crijevna bolest 胃腸の病気 <input type="checkbox"/> Bolest jetre 肝臓の病気 <input type="checkbox"/> Srčana bolest 心臓の病気	
<input type="checkbox"/> Bubrežna bolest 腎臓の病気 <input type="checkbox"/> Tuberkuloza 結核 <input type="checkbox"/> Šećerna bolest 糖尿病 <input type="checkbox"/> Astma ぜんそく	
<input type="checkbox"/> Visoki krvni tlak 高血圧症 <input type="checkbox"/> SIDA エイズ <input type="checkbox"/> Bolest štitne žlijezde 甲状腺の病気	
<input type="checkbox"/> Sifilis 梅毒 <input type="checkbox"/> Drugi その他	
Liječite li trenutno bilo koju bolest? 現在治療している病気はありますか	<input type="checkbox"/> Da はい <input type="checkbox"/> Ne いいえ
Da li ste imali operaciju? 手術を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> Da はい <input type="checkbox"/> Ne いいえ
Da li ste imali neki problem s anestezijom? 麻酔をして何かトラブルがありましたか	<input type="checkbox"/> Da はい <input type="checkbox"/> Ne いいえ
Možete li sljedeći put sami dovesti prevoditelja? 今後、通訳を自分で連れてくることができますか	
<input type="checkbox"/> Da はい <input type="checkbox"/> Ne いいえ	

PORODILJSTVO I GINEKOLOGIJA

さんふじんかもんしんひょう
産婦人科問診票Hrvatski
クロアチア語Povjerite sve odgovarajuće odgovore. あてはまるものにチェックしてください

Godina 年

Mjesec 月

Dan 日

Prezime i ime 名前		<input type="checkbox"/> Muškarac 男	<input type="checkbox"/> Žena 女
Datum rođenja 生年月日	_____ Godina 年 _____ Mjesec 月 _____ Dan 日	Telefon 電話	
Adresa 住所			
Imate li zdravstveno osiguranje? 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> Da はい	<input type="checkbox"/> Ne いいえ	
Državljanstvo 国籍		Jezik 言葉	
Visina 身長	_____ cm	Težina 体重	_____ kg

Simptomi どうしましたか		
<input type="checkbox"/> Trudnoća 妊娠	<input type="checkbox"/> Neredovna menstruacija 月経の異常	<input type="checkbox"/> Vaginalni iscjedak おりもの
<input type="checkbox"/> Bol u donjem dijelu trbuha 下腹部が痛い	<input type="checkbox"/> Neredovito krvarenje spolnih organa 不正性器出血	
<input type="checkbox"/> Polip ポリープ	<input type="checkbox"/> Apsces jajnika 卵巣のう腫瘍	<input type="checkbox"/> Vaginalni svrab 性器のかゆみ
<input type="checkbox"/> Papanicolauov test がん検診	<input type="checkbox"/> Sterilnost 不妊症	<input type="checkbox"/> Anemija 貧血
<input type="checkbox"/> Fibrom uterusa(maternice) 子宮筋腫	<input type="checkbox"/> Drugi その他	
O menstruaciji 生理について		
Kada ste dobili vašu prvu menstruaciju? 初めて生理があったのはいつですか		_____ Godine 才
Kada je započela vaša menopauza? 閉経はいつですか		_____ Godine 才
Da li je menstruacija redovna? 生理は順調ですか	<input type="checkbox"/> Da はい	<input type="checkbox"/> Ne いいえ
Razmak(Interval) 周期について	<input type="checkbox"/> 28dana 28日型	<input type="checkbox"/> 30dana 30日型
	<input type="checkbox"/> _____ dana 日型	<input type="checkbox"/> neredovno 不順
Menstruacije traju 生理の期間について		_____ dana. 日間
Jačina krvarenja 生理の量について	<input type="checkbox"/> Puno 多い	<input type="checkbox"/> Normalno 普通
	<input type="checkbox"/> Malo 少ない	
Da li su menstruacije bolne? 生理痛はありますか	<input type="checkbox"/> Da はい	<input type="checkbox"/> Ne いいえ
Datum početka vaše posljednje menstruacije? 最終月経は		_____ Mjeseca 月 _____ Dana 日
Jeste li imali spolne odnose? 性交経験はありますか	<input type="checkbox"/> Da はい	<input type="checkbox"/> Ne いいえ
Povijest trudnoće 妊娠した回数		
<input type="checkbox"/> Trudnoća 妊娠 _____ Puta 回		
<input type="checkbox"/> Rođenje 分娩 _____ Puta 回	<input type="checkbox"/> Normalno 正常分娩 _____ Puta 回	<input type="checkbox"/> Abnormalno 異常分娩 _____ Puta 回
<input type="checkbox"/> Pobačaj 流産 _____ Puta 回	<input type="checkbox"/> Spontani 自然流産 _____ Puta 回	<input type="checkbox"/> Umjetni 人工流産 _____ Puta 回
<input type="checkbox"/> Drugi その他	<input type="checkbox"/> Izvanmaterična trudnoća 子宮外妊娠	<input type="checkbox"/> Hidatidna mola 胎状奇胎
Želite li obaviti porođaj u ovaj bolnici? 妊娠の方は当院での出産を希望しますか	<input type="checkbox"/> Da はい	<input type="checkbox"/> Ne いいえ
Da li ste imali alergije od lijeka ili jela? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか		
<input type="checkbox"/> Da はい	<input type="checkbox"/> Lijek 薬	<input type="checkbox"/> Jelo 食べ物
	<input type="checkbox"/> Drugi その他	<input type="checkbox"/> Ne いいえ
Uzimate li lijek sada? 現在飲んでいる薬はありますか		
<input type="checkbox"/> Da はい	Ako imate neki sa sobom pokazite mi to, molim Vas. 持っていれば見せてください	
		<input type="checkbox"/> Ne いいえ
Da li ste imali papanicolauov test? がん検診を受けたことがありますか		
<input type="checkbox"/> Da はい	_____ Godina 年 _____ Mjesec 月 _____ Mjesec 日	<input type="checkbox"/> Ne いいえ

<1/2ページ>

Kakve ste bolesti imali ranije? いま びょうき 今までにかかった病気はありますか

- Želučana i crijevna bolest いちょう びょうき 胃腸の病気
 Bolest jetre かんぞう びょうき 肝臓の病気
 Srčana bolest しんぞう びょうき 心臓の病気
 Bubrežna bolest じんぞう びょうき 腎臓の病気
 Tuberkuloza けっかく 結核
 Šećerna bolest とうようびょう 糖尿病
 Astma ぜんそく ぜんそく
 Visoki krvni tlak こうけつあつしょう 高血圧症
 SIDA エイズ エイズ
 Bolest štitne žlijezde こうじょうせん びょうき 甲状腺の病気
 Spolna bolest せいびょう 性病
 Drugi その他 その他

Da li ste imali operaciju? しゅじゆつ うちゅう 手術を受けたことがありますか Da はい Ne いいえ

Da li ste dobili transfuziju krvi? ゆけつ うちゅう 輸血を受けたことがありますか Da はい Ne いいえ

Medicinska povijest porodice: Navedite godine članova vaše obitelji i označite bolesti od kojih su bolovali. かぞく びょうりき 家族の病歴

	Godina <small>ねんれい</small> 年齢	Zdrav <small>けんこう</small> 健康	Bolestan <small>けんこう ではない</small> 健康ではない	Nasljedna bolest <small>いでんびょう</small> 遺伝病	Visoki krvni tlak <small>こうけつあつ</small> 高血圧	Šećerna bolest <small>とうようびょう</small> 糖尿病	Rak <small>がん</small> がん
Otac <small>ちち</small> 父	()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Majka <small>はは</small> 母	()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Braća <small>きょうだい</small> 兄弟	()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sestre <small>しまい</small> 姉妹	()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muž <small>おとこ</small> 夫	()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Djeca <small>こども</small> 子ども	()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Možete li sljedeći put sami dovesti prevoditelja? こんご づうやく じぶん づ 今後、通訳を自分で連れてくることができますか

Da はい Ne いいえ

OFTALMOLOGIJA

がん か もんしんひょう
眼科問診票Hrvatski
クロアチア語Povjerite sve odgovarajuće odgovore. あてはまるものにチェックしてください

Godina 年

Mjesec 月

Dan 日

Prezime i ime 名前		<input type="checkbox"/> Muškarac 男	<input type="checkbox"/> Žena 女
Datum rođenja 生年月日	_____ Godina 年 _____ Mjesec 月 _____ Dan 日	Telefon 電話	
Adresa 住所			
Imate li zdravstveno osiguranje? 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> Da はい	<input type="checkbox"/> Ne いいえ	
Državljanstvo 国籍		Jezik 言葉	

Simptomi どうしましたか			
<input type="checkbox"/> Desno oko 右眼	<input type="checkbox"/> Lijevo oko 左眼	<input type="checkbox"/> Oba oka 両眼	<input type="checkbox"/> Suzenje 涙が出る
<input type="checkbox"/> Bol 痛い	<input type="checkbox"/> Mutne oči 目やに	<input type="checkbox"/> Otekline はれもの	
<input type="checkbox"/> Osjećaj stranog tijela ゴロゴロする		<input type="checkbox"/> Pomućen vid 見えにくい	
<input type="checkbox"/> Dvostruk vid 物が二重に見える		<input type="checkbox"/> Zasljepljenje まぶしい	<input type="checkbox"/> Drugi その他
Od kada imate probleme? それはいつからですか			
Od _____ Godine 年 _____ Mjeseca 月 _____ Dana 日から			
Da li ste imali alergije od lijeka ili jela? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか			
<input type="checkbox"/> Da はい → <input type="checkbox"/> Lijek 薬 <input type="checkbox"/> Jelo 食べ物 <input type="checkbox"/> Drugi その他 <input type="checkbox"/> Ne いいえ			
Uzimate li lijek sada? 現在飲んでいる薬はありますか			
<input type="checkbox"/> Da はい → Ako imate neki sa sobom pokazite mi to, molim Vas. 持っていれば見せてください <input type="checkbox"/> Ne いいえ			
Da li ste u drugom stanju ili postoji li mogućnost trudnoće? 妊娠していますか、またその可能性はありますか			
<input type="checkbox"/> Da はい → _____ Mjeseci ヶ月 <input type="checkbox"/> Ne いいえ			
Dojite li sada dijete? 授乳中ですか			<input type="checkbox"/> Da はい <input type="checkbox"/> Ne いいえ
Da li ste imali neki problem s anestezijom? 麻酔をして何かトラブルがありましたか			<input type="checkbox"/> Da はい <input type="checkbox"/> Ne いいえ
Kakve ste bolesti imali ranije? 今までにかかった病気はありますか			
<input type="checkbox"/> Želučana i crijevna bolest 胃腸の病気	<input type="checkbox"/> Bolest jetre 肝臓の病気	<input type="checkbox"/> Srčana bolest 心臓の病気	
<input type="checkbox"/> Bubrežna bolest 腎臓の病気	<input type="checkbox"/> Tuberkuloza 結核	<input type="checkbox"/> Šećerna bolest 糖尿病	
<input type="checkbox"/> Visoki krvni tlak 高血圧症	<input type="checkbox"/> SIDA エイズ	<input type="checkbox"/> Astma ぜんそく	
<input type="checkbox"/> Sifilis 梅毒	<input type="checkbox"/> Drugi その他	<input type="checkbox"/> Bolest štitne žlijezde 甲状腺の病気	
Liječite li trenutno bilo koju bolest? 現在治療している病気はありますか			<input type="checkbox"/> Da はい <input type="checkbox"/> Ne いいえ
Ima li netko neku očnu bolest u obitelji? 家族で目の病気の人はいますか			
<input type="checkbox"/> Da いる → Ko je? 誰が _____ Koju? それはどんな病気ですか _____			
<input type="checkbox"/> Ne いない			
Možete li sljedeći put sami dovesti prevoditelja? 今後、通訳を自分で連れてくることができますか			
<input type="checkbox"/> Da はい <input type="checkbox"/> Ne いいえ			

OTORINOLARINGOLOGIJA

じびいんこうかもんしんひょう
耳鼻咽喉科問診票Hrvatski
クロアチア語Povjerite sve odgovarajuće odgovore. あてはまるものにチェックしてください

Godina 年

Mjesec 月

Dan 日

Prezime i ime 名前		<input type="checkbox"/> Muškarac 男	<input type="checkbox"/> Žena 女
Datum rođenja 生年月日	_____ Godina 年 _____ Mjesec 月 _____ Dan 日	Telefon 電話	
Adresa 住所			
Imate li zdravstveno osiguranje? 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> Da はい	<input type="checkbox"/> Ne いいえ	
Državljanstvo 国籍		Jezik 言葉	

Simptomi どうしましたか			
<input type="checkbox"/> Temperatura (°C) 熱がある	<input type="checkbox"/> Glava mi je teška. 頭が重い		
<input type="checkbox"/> Glavobolja 頭が痛い			
Simptomi u uhu 耳の症状			
<input type="checkbox"/> Desno 右	<input type="checkbox"/> Lijevo 左	<input type="checkbox"/> Oba 両方	<input type="checkbox"/> Bol u uhu 耳が痛い
<input type="checkbox"/> Iscjedak iz uha 耳だれ	<input type="checkbox"/> Šum u ušima 耳なり	<input type="checkbox"/> Cerumen (Ušni vosak) 耳あか	<input type="checkbox"/> Vrtoglavica めまい
<input type="checkbox"/> Teškoća sluha 聞こえが悪い	<input type="checkbox"/> Začepljenje uši 耳がふさがった感じ		
Simptomi u nosu 鼻の症状			
<input type="checkbox"/> Začepljen nos 鼻がつまる	<input type="checkbox"/> Iscjedak 鼻がでる	<input type="checkbox"/> Kihanje くしゃみ	<input type="checkbox"/> Krvarenje 鼻血
<input type="checkbox"/> Hrcanje いびき	<input type="checkbox"/> Poremećen osjet mirisa においがわからない		
Simptomi u grlu のどの症状			
<input type="checkbox"/> Bol u jeziku 舌が痛い	<input type="checkbox"/> Bol u grlu のどが痛い	<input type="checkbox"/> Kašalj せき	<input type="checkbox"/> Iskašljavanje たん
<input type="checkbox"/> Osjećaj kao da nešto ima u grlu のどに何かある感じ	<input type="checkbox"/> Promuklost 声がかれる		
<input type="checkbox"/> Teškoća gutanja 飲み込みにくい	<input type="checkbox"/> Otekлина lica/grla 顔・頸部(くび)の腫れ		
<input type="checkbox"/> Drugi その他			
Od kada imate probleme? それはいつからですか	Od _____ Godine 年 _____ Mjeseca 月 _____ Dana 日から		
Da li ste imali alergije od lijeka ili jela? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか			
<input type="checkbox"/> Da はい → <input type="checkbox"/> Lijek 薬 <input type="checkbox"/> Jelo 食べ物 <input type="checkbox"/> Drugi その他	<input type="checkbox"/> Ne いいえ		
Uzimate li lijek sada? 現在飲んでいる薬はありますか			
<input type="checkbox"/> Da はい → Ako imate neki sa sobom pokazite mi to, molim Vas. 持っていれば見せてください	<input type="checkbox"/> Ne いいえ		
Da li ste u drugom stanju ili postoji li mogućnost trudnoće? 妊娠していますか、またその可能性はありますか			
<input type="checkbox"/> Da はい → _____ Mjeseci ヶ月	<input type="checkbox"/> Ne いいえ		
Dojite li sada dijete? 授乳中ですか	<input type="checkbox"/> Da はい	<input type="checkbox"/> Ne いいえ	
Da li pijete? お酒を飲みますか	<input type="checkbox"/> Da はい → _____ ml/dnevno ml/日	<input type="checkbox"/> Ne いいえ	
Da li pušite? たばこを吸いますか	<input type="checkbox"/> Da はい → _____ komada/dnevno 本/日	<input type="checkbox"/> Ne いいえ	
Da li ste imali operaciju? 手術を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> Da はい	<input type="checkbox"/> Ne いいえ	
Da li ste dobili transfuziju krvi? 輸血を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> Da はい	<input type="checkbox"/> Ne いいえ	
Da li ste imali neki problem s anestezijom? 麻酔をして何かトラブルがありましたか	<input type="checkbox"/> Da はい	<input type="checkbox"/> Ne いいえ	
Možete li sljedeći put sami dovesti prevoditelja? 今後、通訳を自分で連れてくることができますか			
<input type="checkbox"/> Da はい	<input type="checkbox"/> Ne いいえ		

STOMATOLOGIJA

し か もんしんひょう
歯科問診票Hrvatski
クロアチア語Povjerite sve odgovarajuće odgovore. あてはまるものにチェックしてください

Godina 年

Mjesec 月

Dan 日

Prezime i ime 名前		<input type="checkbox"/> Muškarac 男	<input type="checkbox"/> Žena 女
Datum rođenja 生年月日	_____ Godina 年 _____ Mjesec 月 _____ Dan 日	Telefon 電話	
Adresa 住所			
Imate li zdravstveno osiguranje? 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> Da はい	<input type="checkbox"/> Ne いいえ	
Državljanstvo 国籍		Jezik 言葉	

Simptomi どうしましたか				
<input type="checkbox"/> Zubobolja 歯が痛い	<input type="checkbox"/> Plomba je pala つめ物がとれた	<input type="checkbox"/> Nelagoda u zubnom mesu 歯ぐきが痛い		
<input type="checkbox"/> Karijes 虫歯を治してほしい		<input type="checkbox"/> Želim novu zubnu protezu 入れ歯を作りたい		
<input type="checkbox"/> Zubalo je puknuto 入れ歯がこわれた		<input type="checkbox"/> Želim da mi se poravnaju zubi 歯並びを治したい		
<input type="checkbox"/> Pregled svih zubi 検診	<input type="checkbox"/> Čišćenje zubnog kamenca 歯石・歯こうを取りたい	<input type="checkbox"/> Zadah 口臭		
<input type="checkbox"/> Drugi その他				
Da li ste imali alergije od lijeka ili jela? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか				
<input type="checkbox"/> Da はい	<input type="checkbox"/> Lijek 薬	<input type="checkbox"/> Jelo 食べ物	<input type="checkbox"/> Drugi その他	<input type="checkbox"/> Ne いいえ
Uzimate li lijek sada? 現在飲んでいる薬はありますか				
<input type="checkbox"/> Da はい	Ako imate neki sa sobom pokazite mi to, molim Vas. 持っていれば見せてください		<input type="checkbox"/> Ne いいえ	
Da li ste imali neki problem s anestezijom? 麻酔をして何かトラブルがありましたか		<input type="checkbox"/> Yes はい	<input type="checkbox"/> No いいえ	
Da li su vam izvađeni neki zubi? 歯を抜いたことがありますか		<input type="checkbox"/> Yes はい	<input type="checkbox"/> No いいえ	
Da li ste u drugom stanju ili postoji li mogućnost trudnoće? 妊娠していますか、またその可能性はありますか				
<input type="checkbox"/> Da はい	_____ Mjeseci ヶ月	<input type="checkbox"/> Ne いいえ		
Dojite li sada dijete? 授乳中ですか		<input type="checkbox"/> Da はい	<input type="checkbox"/> Ne いいえ	
Kakve ste bolesti imali ranije? 今までにかかった病気はありますか				
<input type="checkbox"/> Želučana i crijevna bolest 胃腸の病気	<input type="checkbox"/> Bolest jetre 肝臓の病気	<input type="checkbox"/> Srčana bolest 心臓の病気		
<input type="checkbox"/> Bubrežna bolest 腎臓の病気	<input type="checkbox"/> Tuberkuloza 結核	<input type="checkbox"/> Šećerna bolest 糖尿病	<input type="checkbox"/> Astma ぜんそく	
<input type="checkbox"/> Visoki krvni tlak 高血圧症	<input type="checkbox"/> SIDA エイズ	<input type="checkbox"/> Bolest štitne žlijezde 甲状腺の病気		
<input type="checkbox"/> Sifilis 梅毒	<input type="checkbox"/> Drugi その他			
Liječite li trenutno bilo koju bolest? 現在治療している病気はありますか		<input type="checkbox"/> Da はい	<input type="checkbox"/> Ne いいえ	
Kakvo liječenje želite? 治療に対する希望				
<input type="checkbox"/> Želim ispraviti sve loše zube. 悪いところは全て治したい				
<input type="checkbox"/> Hoću izliječiti samo najgoru zubu. 今痛い歯だけを治したい				
<input type="checkbox"/> Plaćam sve troškove sami. 自費診療でもかまわない				
<input type="checkbox"/> Želim izliječiti samo u okviru osiguranja. 保険の範囲内で治したい				
<input type="checkbox"/> Odlučim se posle konsultacije s doktorom. 相談して決めたい				
Možete li sljedeći put sami dovesti prevoditelja? 今後、通訳を自分で連れてくることができますか				
<input type="checkbox"/> Da はい	<input type="checkbox"/> Ne いいえ			