

# DERMATOLOGIJA

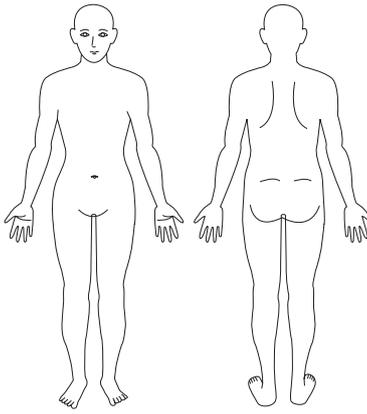
皮膚科問診票

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	