

## 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		