

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			