

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 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	
Nacionalnost 国籍	Jezik 言葉			

Simptomi どうしましたか				
<input type="checkbox"/> Glavobolja 頭が痛い	<input type="checkbox"/> Vrtoglavica めまい	<input type="checkbox"/> Mučnina 吐き気	<input type="checkbox"/> Povraćanje 嘔吐	
<input type="checkbox"/> Šum u ušima 耳鳴り	<input type="checkbox"/> Ukočenost u ramenu 肩こり	<input type="checkbox"/> Trnci しびれ		
<input type="checkbox"/> Drhtavica (Tremor) ruku ili nogu 手足のふるえ	<input type="checkbox"/> Nesvijest 意識がなくなる	<input type="checkbox"/> Poremećaj sluha 聞こえにくい		
<input type="checkbox"/> Poremećaj vida 物が見えにくい	<input type="checkbox"/> Poteškoće u hodanju 歩きにくい			
<input type="checkbox"/> Teškoće pri pokretanju ruke ili noge 手足の動きが悪い	<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 udarili glavom? 頭をぶつけましたか				
<input type="checkbox"/> Da はい → Od _____ Godine 年 _____ Mjeseca 月 _____ Dana 日から		<input type="checkbox"/> Ne いいえ		
U koji dio vaše glave? どこをぶつけましたか				
<input type="checkbox"/> Prednji dio 前頭部	<input type="checkbox"/> Zadnji dio 後頭部	<input type="checkbox"/> Desna strana 右横	<input type="checkbox"/> Lijeva strana 左横	
Da li je to bilo od saobraćajne nesreće? 交通事故ですか		<input type="checkbox"/> Da はい <input type="checkbox"/> Ne いいえ		
Ako imate glavobolju odgovorite slijedeće pitanja. 頭が痛い方への質問です				
Gdje vas boli? どこが痛みますか				
<input type="checkbox"/> Prednji dio 前頭部	<input type="checkbox"/> Zadnji dio 後頭部	<input type="checkbox"/> Desna strana 右横	<input type="checkbox"/> Lijeva strana 左横	<input type="checkbox"/> Cijela glava 頭全体
Kako vas boli? どのように痛みますか				
<input type="checkbox"/> Lupanje ズキンズキン	<input type="checkbox"/> Oštro ガンガン	<input type="checkbox"/> Kao da se udari čekićem ガーンと割れるように		
<input type="checkbox"/> Peckanje キリキリ	<input type="checkbox"/> Bodljikavo チクチク	<input type="checkbox"/> Drugi その他		
Kada vas boli najviše? いつが一番痛いですか				
<input type="checkbox"/> Ujutro 朝	<input type="checkbox"/> Danju 昼	<input type="checkbox"/> Navečer 夕方	<input type="checkbox"/> Cjeli dan 一日中	
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		

<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 |

Liječite li trenutno 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

Da li pijete? お酒を飲みますか Da はい → _____ ml/dnevno ml/日 Ne いいえ

Da li pušite? たばこを吸いますか Da はい → _____ komada/dnevno 本/日 Ne いいえ

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

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

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〉