

ORTOPEDIJA

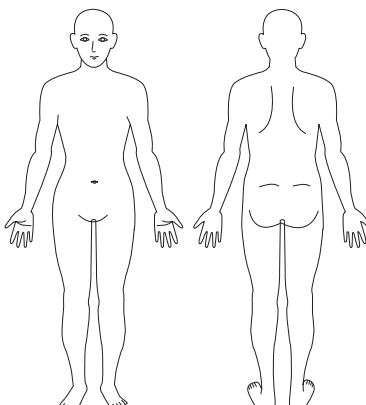
せいけいげかもんしんひょう
整形外科問診票

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? ^{けんこうほけんも} 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 ^{とうようびょう} 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 | | | |