

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	Zaokružite na slikama dolje. 症状のあるところに丸をしてください	
<input type="checkbox"/> Groznica (°C) 熱がある	<input type="checkbox"/> Bol 痛み	
<input type="checkbox"/> Rana けが	<input type="checkbox"/> Opeklina やけど	
<input type="checkbox"/> Čvorić しこり	<input type="checkbox"/> Oteklina はれもの	
<input type="checkbox"/> Svrbež かゆい	<input type="checkbox"/> Trnci しびれ	
<input type="checkbox"/> Uganuće ひねった	<input type="checkbox"/> Smanjenje težine 体重が減っている	
<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 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"/> 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	
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		