

# PEDIJARIJA

しょうに かもんしんひょう  
小児科問診票

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 djeteta (子どもの名前)			<input type="checkbox"/> Muško (男)	<input type="checkbox"/> Žensko (女)
Datum rođenja (生年月日)	Godina (年)	Mjesec (月)	Dan (日)	Godina (年齢)
Adresa (住所)			Telefon (電話)	
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"/> Groznica (熱がある)	<input type="checkbox"/> Oboljelo grlo (のどが痛い)	<input type="checkbox"/> Kašalj (せき)	<input type="checkbox"/> Spazma (ひきつけをおこす)
<input type="checkbox"/> Potišten/Neaktivan (元気がない)	<input type="checkbox"/> Razdražljivost (機嫌が悪い)	<input type="checkbox"/> Oteklina (むくみ)	<input type="checkbox"/> Glavobolja (頭が痛い)
<input type="checkbox"/> Bol u trbuhu (お腹が痛い)	<input type="checkbox"/> Bol u prsima (胸が痛い)	<input type="checkbox"/> Osip (発しん)	<input type="checkbox"/> Želučana bol (胃が痛い)
<input type="checkbox"/> Povraćanje (嘔吐)	<input type="checkbox"/> Gubitak apetita (食欲がない)	<input type="checkbox"/> Mučnina (吐き気)	
<input type="checkbox"/> Nedovoljno povećanje težine (体重の増加不良)	<input type="checkbox"/> Proljevi (下痢)	<input type="checkbox"/> Krvava stolica (血便)	
<input type="checkbox"/> poteškoće s ispijanjem mlijeka (ミルクの飲みが悪い)	<input type="checkbox"/> Drugi (その他)		
Od kada dijete ima probleme? (それはいつからですか)		Od (年) (月) (日) Dana (日から)	
Da li je imao(imala) 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"/> Jaja (卵)	<input type="checkbox"/> Mlijeko (牛乳)
<input type="checkbox"/> Drugi jelo (その他の食べ物)	<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)
Kakvu vrstu lijeka može uzeti? (どんな種類の薬が飲めますか)			
<input type="checkbox"/> Tekući lijek (シロップ)	<input type="checkbox"/> Prašni lijek (粉薬)	<input type="checkbox"/> Tableta ili kapsula (錠剤またはカプセル)	
Kako je prošao porod? (出産の時のようす)			
Težina bebe je (g) (赤ちゃんの体重)	Godina majke je (godine) (母親の年齢)		
<input type="checkbox"/> Normalno rođenje (正常分娩)	<input type="checkbox"/> Abnormalno rođenje (異常分娩)	<input type="checkbox"/> Carski rez (帝王切開)	
Već dobivena cijepljenja (接種済み予防接種)			
<input type="checkbox"/> Hib (ヒブ)	<input type="checkbox"/> Pneumokok (肺炎球菌)	<input type="checkbox"/> Poliomijelitis (ポリオ)	<input type="checkbox"/> DPT (Tri vrste cjepljenja) (三種混合)
<input type="checkbox"/> DPT-IPV (四種混合)	<input type="checkbox"/> Cijepljenje protiv tuberkuloze BCG	<input type="checkbox"/> MR (ospice, rubeola) (麻疹・風しん混合)	
<input type="checkbox"/> Vodene kozice (Varicela) (水ぼうそう)	<input type="checkbox"/> Zaušnjaci (Mums) (おたふく風邪)		
<input type="checkbox"/> Japanski encefalitis (日本脳炎)	<input type="checkbox"/> Rotavirus (ロタウィルス)	<input type="checkbox"/> Drugi (その他)	
Kakve ste bolesti imali ranije? (今までにかかった病気はありますか)			
<input type="checkbox"/> Rubeola (風しん)	<input type="checkbox"/> Vodene kozice (Varicela) (水ぼうそう)	<input type="checkbox"/> Male boginje (麻疹)	
<input type="checkbox"/> Astma (ぜんそく)	<input type="checkbox"/> Zaušnjaci (Mums) (おたふく風邪)	<input type="checkbox"/> Hripavac (百日ぜき)	<input type="checkbox"/> Apendicitis (虫垂炎)
<input type="checkbox"/> MCLS (Kawasaki bolest) (川崎病)	<input type="checkbox"/> Iznenadni osip (突発性発しん)		
<input type="checkbox"/> Japanski encefalitis (日本脳炎)	<input type="checkbox"/> Febrilne konvulzije (熱性けいれん)	<input type="checkbox"/> Drugi (その他)	
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 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)		