

Внутренняя медицина

ない か もんしんひょう
内科問診票

русский язык
ロシア語

Пометьте , пожалуйста, все подходящие пункты аてはまるものにチェックしてください

ねん
Год 年

がつ
Месяц 月

にち
Число 日

Ф.и.о. 名前 なまえ		<input type="checkbox"/> М 男 おとこ	<input type="checkbox"/> Ж 女 おんな
Дата рождения 生年月日 せいねんがっぴ	_____ Год 年 _____ Месяц 月 _____ Число 日	Тел 電話 でんわ	
Адрес 住所 じゅうしょ			
Имеете ли медицинскую страховку? 健康保険を持っていますか? けんこうほけんも	<input type="checkbox"/> Да はい		<input type="checkbox"/> Нет いいえ
Национальность 国籍 こくせき	Язык 言葉 ことば		

Какие симптомы у Вас имеются? どうしましたか

- Высокая темп-ра(°C) 熱がある Боль в горле のどが痛い Кашель せき Головные боли 頭が痛い
- Боль в груди 胸が痛い Сыпь 発しん Сильное сердцебиение 動悸 Одышка 息切れ
- Отек むくみ Головокружение めまい Тяжесть в груди 胸が苦しい Боль в животе お腹が痛い
- Боль в желудке 胃が痛い Гипертония 高血圧 Онемение しびれ Жажда во рту 口が渇く
- Уменьшение веса 体重が減っている Ощущение вздутия живота お腹が張る Отсутствие аппетита 食欲がない
- Рвота 嘔吐 Тошнота 吐き気 Понос 下痢 Кровавый стул 血便
- Вялость だるい Постоянное утомление 疲れやすい Прочее その他

Когда это началось? それはいつからですか

_____ Год 年 _____ Месяц 月 _____ Число 日から

Имеется ли у Вас лекарственная и пищевая аллергия? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか

- Да はい → Лекарства 薬 Пища 食べ物 Прочее その他 Нет いいえ

Принимаете ли на данный момент какие-либо лекарства? 現在飲んでいる薬はありますか

- Да はい → Если имеются с собой, покажите пожалуйста 持っていれば見せてください Нет いいえ

Вы беременны либо имеется такая вероятность? 妊娠していますか、またその可能性はありますか

- Да はい → _____ Месяц беременности ヶ月 Нет いいえ

Кормите ли грудью в данный момент? 授乳中ですか

- Да はい Нет いいえ

Прежние заболевания 今までにかかった病気はありますか

- Заболевания желудка, кишечника 胃腸の病気 Заболевания печени 肝臓の病気
- Заболевания сердца 心臓の病気 Заболевания почек 腎臓の病気 Туберкулез 結核
- Диабет 糖尿病 Астма ぜんそく Гипертония 高血圧症 СПИД エイズ
- Заболевания щитовидной железы 甲状腺の病気 Сифилис 梅毒 Прочее その他

Проходите ли курс лечения от какой-либо болезни в настоящий момент? 現在治療している病気はありますか

- Да はい Нет いいえ

Переносили ли Вы операции ранее? 手術を受けたことがありますか

- Да はい Нет いいえ

Проходили ли Вы переливание крови ранее? 輸血を受けたことがありますか

- Да はい Нет いいえ

Сможете ли Вы в следующий раз придти с переводчиком? 今後、通訳を自分で連れてくることができますか

- Да はい Нет いいえ

ХИРУРГИЯ

げ か もんしんひょう
外科問診票

русский язык

ロシア語

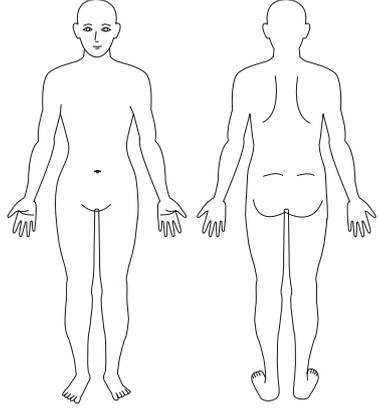
Пометьте , пожалуйста, все подходящие пункты аてはまるものにチェックしてください

ねん
Год 年

がつ
Месяц 月

にち
Число 日

Ф.и.о. 名前		<input type="checkbox"/> М 男	<input type="checkbox"/> Ж 女
Дата рождения 生年月日	_____ Год 年 _____ Месяц 月 _____ Число 日	Тел 電話	
Адрес 住所			
Имеете ли медицинскую страховку? 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> Да はい	<input type="checkbox"/> Нет いいえ	
Национальность 国籍		Язык 言葉	

<p>Какие симптомы у Вас имеются? どうしましたか</p> <p><input type="checkbox"/> Высокая темп-ра(°C) 熱がある</p> <p><input type="checkbox"/> Рана けが</p> <p><input type="checkbox"/> Онемение しびれ</p> <p><input type="checkbox"/> Зуд かゆい</p> <p><input type="checkbox"/> Геморрой 痔</p> <p><input type="checkbox"/> гортань(щитовидная железа) のど(甲状腺)</p> <p><input type="checkbox"/> прободение(грыжа) 脱腸(ヘルニア)</p> <p><input type="checkbox"/> шея 首</p> <p><input type="checkbox"/> Желудок 胃</p> <p><input type="checkbox"/> Ожог やけど</p> <p><input type="checkbox"/> Растяжение ひねった</p> <p><input type="checkbox"/> Желчный камень 胆石</p> <p><input type="checkbox"/> Кровавый стул 血便</p> <p><input type="checkbox"/> Пупок へそ</p> <p><input type="checkbox"/> Боль в животе お腹が痛い</p> <p><input type="checkbox"/> Затвердения しこり</p> <p><input type="checkbox"/> Уменьшение веса 体重が減っている</p> <p><input type="checkbox"/> Опухоль 腫れ</p> <p><input type="checkbox"/> Прочее その他</p> <p><input type="checkbox"/> грудь 乳房</p> <p><input type="checkbox"/> кишечник 腸</p>	 <p>Обведите соответствующую часть на рисунке 症状のあるところに丸をしてください</p>
<p>Когда это началось? それはいつからですか</p> <p>_____ Год 年 _____ Месяц 月 _____ Число 日から</p>	
<p>Имеется ли у Вас лекарственная и пищевая аллергия? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか</p> <p><input type="checkbox"/> Да はい → <input type="checkbox"/> Лекарства 薬 <input type="checkbox"/> Пища 食べ物 <input type="checkbox"/> Прочее その他 <input type="checkbox"/> Нет いいえ</p>	
<p>Принимаете ли на данный момент какие-либо лекарства? 現在飲んでいる薬はありますか</p> <p><input type="checkbox"/> Да はい → Если имеются с собой, покажите пожалуйста 持っていれば見せてください <input type="checkbox"/> Нет いいえ</p>	
<p>Вы беременны либо имеется такая вероятность? 妊娠していますか、またその可能性はありますか</p> <p><input type="checkbox"/> Да はい → _____ Месяц беременности ヶ月 <input type="checkbox"/> Нет いいえ</p>	
<p>Кормите ли грудью в данный момент? 授乳中ですか</p> <p><input type="checkbox"/> Да はい <input type="checkbox"/> Нет いいえ</p>	
<p>Прежние заболевания 今までにかかった病気はありますか</p> <p><input type="checkbox"/> Заболевания желудка, кишечника 胃腸の病気</p> <p><input type="checkbox"/> Заболевания сердца 心臓の病気</p> <p><input type="checkbox"/> Диабет 糖尿病</p> <p><input type="checkbox"/> Заболевания щитовидной железы 甲状腺の病気</p> <p><input type="checkbox"/> Заболевания печени 肝臓の病気</p> <p><input type="checkbox"/> Заболевания почек 腎臓の病気</p> <p><input type="checkbox"/> Гипертония 高血圧症</p> <p><input type="checkbox"/> Сифилис 梅毒</p> <p><input type="checkbox"/> Туберкулез 結核</p> <p><input type="checkbox"/> СПИД エイズ</p> <p><input type="checkbox"/> Прочее その他</p>	
<p>Проходите ли курс лечения от какой-либо болезни в настоящий момент? 現在治療している病気はありますか</p> <p><input type="checkbox"/> Да はい <input type="checkbox"/> Нет いいえ</p>	
<p>Переносили ли Вы операции ранее? 手術を受けたことがありますか</p> <p><input type="checkbox"/> Да はい <input type="checkbox"/> Нет いいえ</p>	
<p>Проходили ли Вы переливание крови ранее? 輸血を受けたことがありますか</p> <p><input type="checkbox"/> Да はい <input type="checkbox"/> Нет いいえ</p>	
<p>Как вы переносите наркоз? 麻酔をして何かトラブルがありましたか</p> <p><input type="checkbox"/> Да はい <input type="checkbox"/> Нет いいえ</p>	
<p>Только для тех,кто имеет рекомендательное письмо других врачей/больниц. 紹介状のある方だけ書いてください</p>	
<p>Имеете ли рентгеновские снимки? レントゲンフィルムを持っていますか</p> <p><input type="checkbox"/> Да はい <input type="checkbox"/> Нет いいえ</p>	
<p>Имеете ли результат эндоскопического исследования? 内視鏡フィルムを持っていますか</p> <p><input type="checkbox"/> Да はい <input type="checkbox"/> Нет いいえ</p>	

Сможете ли Вы в следующий раз придти с переводчиком?
今後、通訳を自分で連れてくることができますか

Да はい

Нет いいえ

〈2/2ページ〉

ОРТОПЕДИЯ (Восстановительная хирургия)

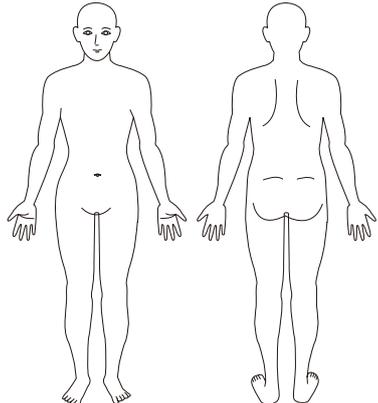
せいけいげかもんしんひょう
整形外科問診票

русский язык
ロシア語

Пометьте , пожалуйста, все подходящие пункты あてはまるものにチェックしてください

Год ねん 年 _____ Месяц がつ 月 _____ Число にち 日 _____

Ф.и.о. <small>なまえ</small> 名前			<input type="checkbox"/> М <small>おとこ</small> 男	<input type="checkbox"/> Ж <small>おんな</small> 女
Дата рождения <small>せいねんがらび</small> 生年月日	Год <small>ねん</small> 年 _____	Месяц <small>がつ</small> 月 _____	Число <small>にち</small> 日 _____	Тел <small>でんわ</small> 電話 _____
Адрес <small>じゅうしょ</small> 住所				
Имеете ли медицинскую страховку? <small>けんこうほけん</small> 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> Да <small>はい</small>		<input type="checkbox"/> Нет <small>いいえ</small>	
Национальность <small>こくせき</small> 国籍			Язык <small>ことば</small> 言葉 _____	

Какие симптомы у Вас имеются? <small>どうしましたか</small>	 <p>Обведите соответствующую часть на рисунке <small>しやうじょう</small> 症状のあるところに丸をしてください</p>		
<input type="checkbox"/> Высокая темп-ра(<small>ねつ</small> °C) 熱がある <input type="checkbox"/> Боль <small>いた</small> 痛み <input type="checkbox"/> Рана <small>けが</small> けが <input type="checkbox"/> Ожог <small>やけど</small> やけど <input type="checkbox"/> Затвердения <small>しこり</small> しこり <input type="checkbox"/> Опухоль <small>はれもの</small> はれもの <input type="checkbox"/> Зуд <small>かゆい</small> かゆい <input type="checkbox"/> Онемение <small>しびれ</small> しびれ <input type="checkbox"/> Растяжение <small>ひねった</small> ひねった <input type="checkbox"/> Уменьшение веса <small>たいじゅう</small> 体重が減っている <input type="checkbox"/> Прочее <small>その他</small> その他			
Когда это началось? <small>それはいつからですか</small>			
Год <small>ねん</small> 年 _____	Месяц <small>がつ</small> 月 _____	Число <small>にち</small> 日 _____	日から _____
Имеется ли у Вас лекарственная и пищевая аллергия? <small>くすり たの もの</small> 薬や食べ物でアレルギーが出ますか	<input type="checkbox"/> Да <small>はい</small> → <input type="checkbox"/> Лекарства <small>くすり</small> 薬 <input type="checkbox"/> Пища <small>たの もの</small> 食べ物 <input type="checkbox"/> Прочее <small>その他</small> <input type="checkbox"/> Нет <small>いいえ</small>		
Принимаете ли на данный момент какие-либо лекарства? <small>げんざいの</small> 現在飲んでいる薬はありますか	<input type="checkbox"/> Да <small>はい</small> → Если имеются с собой, покажите пожалуйста <small>も</small> 持っていれば見せてください <input type="checkbox"/> Нет <small>いいえ</small>		
Вы беременны либо имеется такая вероятность? <small>にんしん</small> 妊娠していますか、またその可能性はありますか	<input type="checkbox"/> Да <small>はい</small> → _____ Месяц беременности <small>かげつ</small> ヶ月 <input type="checkbox"/> Нет <small>いいえ</small>		
Кормите ли грудью в данный момент? <small>じゆにゆうちゆう</small> 授乳中ですか	<input type="checkbox"/> Да <small>はい</small> <input type="checkbox"/> Нет <small>いいえ</small>		
Прежние заболевания <small>いま</small> 今までにかかった病気はありますか	<input type="checkbox"/> Заболевания желудка, кишечника <small>いちょう</small> 胃腸の病気 <input type="checkbox"/> Заболевания печени <small>かんぞう</small> 肝臓の病気 <input type="checkbox"/> Заболевания сердца <small>しんぞう</small> 心臓の病気 <input type="checkbox"/> Заболевания почек <small>じんぞう</small> 腎臓の病気 <input type="checkbox"/> Туберкулез <small>けっかく</small> 結核 <input type="checkbox"/> Диабет <small>とうにょうびょう</small> 糖尿病 <input type="checkbox"/> Астма <small>ぜんそく</small> ぜんそく <input type="checkbox"/> Гипертония <small>こうけつあつしやう</small> 高血圧症 <input type="checkbox"/> СПИД <small>エイズ</small> エイズ <input type="checkbox"/> Заболевания щитовидной железы <small>こうじょうせん</small> 甲状腺の病気 <input type="checkbox"/> Сифилис <small>はいどく</small> 梅毒 <input type="checkbox"/> Прочее <small>その他</small>		
Проходите ли курс лечения от какой-либо болезни в настоящий момент? <small>げんざいちりよう</small> 現在治療している病気はありますか	<input type="checkbox"/> Да <small>はい</small> <input type="checkbox"/> Нет <small>いいえ</small>		
Переносили ли Вы операции ранее? <small>しゆじゆつ</small> 手術を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> Да <small>はい</small> <input type="checkbox"/> Нет <small>いいえ</small>		
Проходили ли Вы переливание крови ранее? <small>ゆけつ</small> 輸血を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> Да <small>はい</small> <input type="checkbox"/> Нет <small>いいえ</small>		
Как вы переносите наркоз? <small>ますい</small> 麻酔をして何かトラブルがありましたか	<input type="checkbox"/> Да <small>はい</small> <input type="checkbox"/> Нет <small>いいえ</small>		
Сможете ли Вы в следующий раз прийти с переводчиком? <small>こんご</small> 今後、通訳を自分で連れてくることができますか	<input type="checkbox"/> Да <small>はい</small> <input type="checkbox"/> Нет <small>いいえ</small>		

NEUROLOGIA

のうしんけいげ かもんしんひょう
脳神経外科問診票

русский язык

ロシア語

Пометьте , пожалуйста, все подходящие пункты аてはまるものにチェックしてください

Год ^{ねん}年

Месяц ^{がつ}月

Число ^{にち}日

Ф.и.о. ^{なまえ} 名前		<input type="checkbox"/> М ^{おとこ} 男	<input type="checkbox"/> Ж ^{おんな} 女
Дата рождения ^{せいねんがっぴ} 生年月日	_____ Год ^{ねん} 年 _____ Месяц ^{がつ} 月 _____ Число ^{にち} 日	Тел ^{でんわ} 電話	
Адрес ^{じゅうしょ} 住所			
Имеете ли медицинскую страховку? ^{けんこうほけん} 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> Да ^{はい} はい		<input type="checkbox"/> Нет ^{いいえ} いいえ
Национальность ^{こくせき} 国籍		Язык ^{ことば} 言葉	

Какие симптомы у Вас имеются? どうしましたか			
<input type="checkbox"/> Головные боли ^{あたまいた} 頭が痛い	<input type="checkbox"/> Головокружение ^{めまい}	<input type="checkbox"/> Тошнота ^{はげ} 吐き気	<input type="checkbox"/> Рвота ^{おうと} 嘔吐
<input type="checkbox"/> Шум в ушах ^{みみな} 耳鳴り	<input type="checkbox"/> Ригидность плеч ^{かた} 肩こり	<input type="checkbox"/> Онемение ^{しびれ}	<input type="checkbox"/> тремор ^{てあし} 手足のふるえ
<input type="checkbox"/> Частая потеря сознания ^{いしき} 意識がなくなる		<input type="checkbox"/> Плохо слышно ^き 聞こえにくい	
<input type="checkbox"/> Плохо видно ^{もの} 物が見えにくい		<input type="checkbox"/> Трудность в ходьбе ^{ある} 歩きにくい	
<input type="checkbox"/> Затрудненность движения рук и ног ^{てあしうご} 手足の動きが悪い		<input type="checkbox"/> Прочее ^{その他}	
Когда это началось? ^{それはいつからですか}		_____ Год ^{ねん} 年 _____ Месяц ^{がつ} 月 _____ Число ^{にち} 日から	
Ударяли голову обо что-нибудь? ^{あたま} 頭をぶつきましたか			
<input type="checkbox"/> Да ^{はい} → _____ Год ^{ねん} 年 _____ Месяц ^{がつ} 月 _____ Число ^{にち} 日から		<input type="checkbox"/> Нет ^{いいえ}	
Какая часть головы? ^{どこをぶつきましたか}		<input type="checkbox"/> Лоб ^{ぜんどうぶ} 前頭部	<input type="checkbox"/> Затылок ^{こうどうぶ} 後頭部
		<input type="checkbox"/> Правая боковая ^{みぎよこ} 右横	<input type="checkbox"/> Левая боковая ^{ひだりよこ} 左横
Вы попали в аварию? ^{こうつうじこ} 交通事故ですか		<input type="checkbox"/> Да ^{はい} <input type="checkbox"/> Нет ^{いいえ}	
Для тех у кого болит голова ^{あたまいたかた} 頭が痛い方への質問です			
В какой части больно? ^{どこが痛みますか}			
<input type="checkbox"/> Лоб ^{ぜんどうぶ} 前頭部	<input type="checkbox"/> Затылок ^{こうどうぶ} 後頭部	<input type="checkbox"/> Правая боковая ^{みぎよこ} 右横	<input type="checkbox"/> Левая боковая ^{ひだりよこ} 左横
		<input type="checkbox"/> Голова в целом ^{あたまぜんたい} 頭全体	
Как болит? ^{どのように痛みますか}			
<input type="checkbox"/> Глубоко и интенсивно ^{ズキンズキン}		<input type="checkbox"/> Будто барабанит громко ^{ガンガン}	
<input type="checkbox"/> Как будто череп раскалывается ^{ガンと割れるように}		<input type="checkbox"/> Сжимающая боль ^{キリキリ}	
		<input type="checkbox"/> Прочее ^{その他}	
В какое время суток наиболее болит? ^{いつが一番痛いですか}			
<input type="checkbox"/> Утром ^{あさ} 朝	<input type="checkbox"/> Днем ^{ひる} 昼	<input type="checkbox"/> Вечером и ночью ^{よる} 夜	<input type="checkbox"/> Целые сутки ^{いちにち} 一日中
Имеется ли у Вас лекарственная и пищевая аллергия? ^{くすり たの} 薬や食べ物でアレルギーが出ますか			
<input type="checkbox"/> Да ^{はい} → <input type="checkbox"/> Лекарства ^{くすり} 薬		<input type="checkbox"/> Нет ^{いいえ}	
		<input type="checkbox"/> Пища ^{たの} 食べ物	
		<input type="checkbox"/> Прочее ^{その他}	
Принимаете ли на данный момент какие-либо лекарства? ^{げんざいの} 現在飲んでいる薬はありますか			
<input type="checkbox"/> Да ^{はい} → Если имеются с собой, покажите пожалуйста ^も 持っていれば見せてください		<input type="checkbox"/> Нет ^{いいえ}	
Вы беременны либо имеется такая вероятность? ^{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"/> Да ^{はい} → _____ Месяц ^{かげつ} беременности ^{ケ月}		<input type="checkbox"/> Нет ^{いいえ}	
Кормите ли грудью в данный момент? ^{じゅにゅうちゅう} 授乳中ですか			<input type="checkbox"/> Да ^{はい} <input type="checkbox"/> Нет ^{いいえ}

ПСИХИАТРИЯ

せいしん かもんしんひょう
精神科問診票

русский язык

ロシア語

Пометьте , пожалуйста, все подходящие пункты あてはまるものにチェックしてください

ねん
Год 年

がつ
Месяц 月

にち
Число 日

Ф.и.о. <small>なまえ</small> 名前			<input type="checkbox"/> М <small>おとこ</small> 男	<input type="checkbox"/> Ж <small>おんな</small> 女
Дата рождения <small>せいねんがっぴ</small> 生年月日	_____ Год <small>ねん</small> 年 _____	_____ Месяц <small>がつ</small> 月 _____	_____ Число <small>にち</small> 日	Тел <small>でんわ</small> 電話 _____
Адрес <small>じゅうしょ</small> 住所				
Имеете ли медицинскую страховку? <small>けんこうほけん</small> 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> Да <small>はい</small>		<input type="checkbox"/> Нет <small>いいえ</small>	
Национальность <small>こくせき</small> 国籍			Язык <small>ことば</small> 言葉	

Какие симптомы у Вас имеются? どうしましたか

плохой сон ねむ 眠れない говорю больше, чем обычно いつもよりよくしゃべる

беспокойство или приступы паники ふあん 不安や ぱにっく パニック発作

слышу голоса, хотя рядом никого нет まわり 周りに人がいないのに こえ 声が聞こえる

чувствую себя подавленным きぶん うつ気分 плохое настроение げんき 元気がない

чувствую, что кто-то наблюдает за мной ひと 人に見られている気がする слишком возбужден げんき 元気が良すぎる

теряю сознание いしき 意識がなくなる возникает желание умереть し 死にたい

легко возбуждаюсь こうふん 興奮しやすい меня принуждают к насилию ぼうりょく 暴力をふるう

другое た その他 _____

Когда это началось? それはいつからですか

_____ Год ねん 年 _____ Месяц がつ 月 _____ Число にち 日から

Имеется ли у Вас лекарственная и пищевая аллергия? くすり 薬や た 食べ物で アレルギー アレルギーが出ますか

Да はい → Лекарства くすり 薬 Пища た 食べ物 Прочее た その他 Нет いいえ

Имя и фамилия сопровождающего лица つきそいしや 付添者の氏名 _____

Кем он Вам приходится ほんにん 本人との関係 член семьи かぞく 家族 друг ゆうじん 友人 другое た その他 → (_____)

Кто посоветовал Вам посетить наше учреждение? ほんじつ 本日の受診は いし どなたの意志ですか

Вы ほんにん 本人 член семьи かぞく 家族 друг ゆうじん 友人 полиция けいさつ 警察 коллега по работе きんむさき 勤務先の人

другое た その他 → (_____)

Какова цель сегодняшнего визита? ほんじつ 本日の受診の もくてき 目的は何ですか

постановка диагноза しんだん 診断 получение медицинской справки しんだんしょ 診断書

лечение ちりょう 治療 госпитализация にゅういん 入院

направление в другое учреждение しょうかい 紹介 получение заключения другого специалиста セカンドオピニオン セカンドオピニオン

другое た その他 → (_____)

Вы беременны либо имеется такая вероятность? ほんしん 妊娠していますか、またその かのうせい 可能性はありますか

Да はい → _____ Месяц かげつ беременности ケ月 Нет いいえ

Кормите ли грудью в данный момент? じゅうちゅう 授乳中ですか Да はい Нет いいえ

Проходите ли курс лечения от какой-либо болезни в настоящий момент? げんざいちりょう 現在治療している びょうき 病気はありますか

Да はい → название медицинского учреждения いりょうきかんめい 医療機関名 Нет いいえ

Принимаете ли на данный момент какие-либо лекарства? げんざいの 現在飲んでいる くすり 薬はありますか

Да はい → Если имеются с собой, покажите пожалуйста も 持っていれば み 見せてください Нет いいえ



Прежние заболевания いま 今までにかかった病びょうき気はありますか

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> слабоумие <small>にんちしょう</small> 認知症 | <input type="checkbox"/> алкогольная или наркотическая зависимость <small>やくぶついぞん</small> アルコールや薬物依存 |
| <input type="checkbox"/> расстройство настроения <small>きぶんしょうがい</small> 気分障害 → <input type="checkbox"/> мания <small>そらびょう</small> 躁病 | <input type="checkbox"/> маниакально-депрессивный психоз <small>そらうつびょう</small> 躁鬱病 |
| <input type="checkbox"/> паника <small>パニック</small> | <input type="checkbox"/> депрессия <small>うつびょう</small> 鬱病 |
| <input type="checkbox"/> расстройство личности <small>しょうがい</small> パーソナリティー障害 | <input type="checkbox"/> бессонница <small>ふみんしょう</small> 不眠症 |
| <input type="checkbox"/> задержка умственного развития <small>せいしんちたい</small> 精神遅滞 | <input type="checkbox"/> нарушение развития <small>はったつしょうがい</small> 発達障害 |
| <input type="checkbox"/> шизофрения <small>とうとうしつちょうしょう</small> 統合失調症 | <input type="checkbox"/> эпилепсия <small>てんかん</small> てんかん |
| <input type="checkbox"/> другое <small>た</small> その他 → () | <input type="checkbox"/> СДВГ <small>ちゅういけつかんじょう</small> 注意欠陥(如)多動性障害 |

Сможете ли Вы в следующий раз придти с переводчиком? こんご 今後、つうやく 通訳を じぶん 自分で つ 連れてくることができますか

- Да はい Нет いいえ

<2/2ページ>

ПЕДИАТРИЯ

しょうに かもんしんひょう
小児科問診票

русский язык

ロシア語

Пометьте , пожалуйста, все подходящие пункты аてはまるものにチェックしてください

Год ^{ねん}

Месяц ^{がつ}

Число ^{にち}

Ф.и.ор ебенка ^こ ^{なまえ} <small>子どもの名前</small>		<input type="checkbox"/> М ^{おとこ} <small>男</small>	<input type="checkbox"/> Ж ^{おんな} <small>女</small>
Дата рождения ^{せいねんがっぴ} <small>生年月日</small>	_____ Год ^{ねん} _____ Месяц ^{がつ} _____ Число ^{にち} _____	Возраст ^{ねんれい} <small>年齢</small>	_____ ^{さい} <small>才</small>
Адрес ^{じゅうしょ} <small>住所</small>		Тел ^{でんわ} <small>電話</small>	
Имеете ли медицинскую страховку? ^{けんこうほけん} <small>健康保険</small> 持っていますか?	<input type="checkbox"/> Да <small>はい</small> <input type="checkbox"/> Нет <small>いいえ</small>		
Национальность ^{こくせき} <small>国籍</small>		Язык ^{ことば} <small>言葉</small>	

Какие симптомы у Вас имеются? どうしましたか

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Высокая темп-ра(^{ねつ} °C) <small>熱がある</small> | <input type="checkbox"/> Боль в горле ^{のどが} <small>痛い</small> | <input type="checkbox"/> Кашель ^{せき} | <input type="checkbox"/> Судорога ^{ひきつけ} <small>をおこす</small> |
| <input type="checkbox"/> Вялость(апатия) ^{げんき} <small>元気がない</small> | <input type="checkbox"/> Раздражительность ^{きげん} <small>機嫌が悪い</small> | <input type="checkbox"/> Отек ^{むくみ} | <input type="checkbox"/> Головные боли ^{あたま} <small>が痛い</small> |
| <input type="checkbox"/> Боль в животе ^{なか} <small>が痛い</small> | <input type="checkbox"/> Боль в груди ^{むね} <small>が痛い</small> | <input type="checkbox"/> Сыпь ^{ほっ} <small>発しん</small> | <input type="checkbox"/> Боль в желудке ^い <small>が痛い</small> |
| <input type="checkbox"/> Рвота ^{おうと} <small>嘔吐</small> | <input type="checkbox"/> Отсутствие аппетита ^{しょくよく} <small>食欲がない</small> | <input type="checkbox"/> Тошнота ^{はげ} <small>吐き気</small> | |
| <input type="checkbox"/> Недостаточная прибавка в весе ^{たいじゅう} <small>体重の増加不良</small> | <input type="checkbox"/> Понос ^{げり} <small>下痢</small> | <input type="checkbox"/> Кровавый стул ^{けつべん} <small>血便</small> | |
| <input type="checkbox"/> Дискомфорт при употреблении молока ^{ミルク} <small>の飲みが悪い</small> | <input type="checkbox"/> Прочее ^{その他} | | |

Когда это началось? それはいつからですか _____ Год ^{ねん} _____ Месяц ^{がつ} _____ Число ^{にち} _____

Имеется ли у Вас лекарственная и пищевая аллергия? ^{くすり} ^た ^{もの} 薬や食べ物でアレルギーが出ますか

- Да はい → Лекарства ^{くすり} 薬 Яйца ^{たまご} 卵 Молоко ^{ぎゅうにゅう} 牛乳 Прочая пища ^{その他} の食べ物 Прочее ^{その他} Нет いいえ

Принимаете ли на данный момент какие-либо лекарства? ^{げんさいの} ^{くすり} 現在飲んでいる薬はありますか

- Да はい → Если имеются с собой, покажите пожалуйста 持っていれば見せてください Нет いいえ

В каком виде ребенок может принимать лекарства? ^{しゅるい} ^{くすり} どんな種類の薬が飲めますか

- Жидкие シロップ Порошки ^{こな} 粉薬 Таблетки или капсулы ^{じょうざい} 錠剤またはカプセル

Как проходили роды? ^{しゅさん} ^{とき} 出産の時のようす

- Вес ребенка _____ g ^{あか} ^{たいじゅう} 赤ちゃんの体重 Возраст ^{ははおや} ^{ねんれい} 母の年齢
- Нормальные роды ^{せいじょうぶんべん} 正常分娩 Ненормальные роды ^{いじょうぶんべん} 異常分娩 Кесарево сечение ^{ていおうせつがい} 帝王切開

Прививки ^{せつしゅず} ^{よぼうせつしゅ} 接種済み予防接種

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hib (вакцина против гемофильной инфекции типа b) <small>ヒブ</small> | <input type="checkbox"/> пневмококк ^{はいえんきゅうきん} <small>肺炎球菌</small> |
| <input type="checkbox"/> Полиомиелит <small>ポリオ</small> | <input type="checkbox"/> АКДС ^{さんしゅこんごう} <small>三種混合</small> |
| <input type="checkbox"/> вакцина DPT-IPV ^{よんしゅこんごう} <small>四種混合</small> | <input type="checkbox"/> БЦЖ <small>BCG</small> |
| <input type="checkbox"/> MR (корь, краснуха) ^{ましん} ^{ふう} ^{こんごう} <small>麻疹・風しん混合</small> | <input type="checkbox"/> Ветряная оспа ^{みず} <small>水ぼうそう</small> <input type="checkbox"/> Свинка ^{かぜ} <small>おたふく風邪</small> |
| <input type="checkbox"/> Японский энцефалит ^{にほんのうえん} <small>日本脳炎</small> | <input type="checkbox"/> ротавирус <small>ロタウィルス</small> <input type="checkbox"/> Прочее ^{その他} |

Прежние заболевания ^{いま} ^{びょうき} 今までにかかった病気はありますか

- | | | | |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Краснуха ^{ふう} <small>風しん</small> | <input type="checkbox"/> Ветряная оспа ^{みず} <small>水ぼうそう</small> | <input type="checkbox"/> Корь ^{ましん} <small>麻疹</small> | <input type="checkbox"/> Астма ^{ぜんそく} <small>ぜんそく</small> |
| <input type="checkbox"/> Свинка ^{かぜ} <small>おたふく風邪</small> | <input type="checkbox"/> Коклюш ^{ひやくにち} <small>百日ぜき</small> | <input type="checkbox"/> Аппендицит ^{ちゅうすいえん} <small>虫垂炎</small> | |
| <input type="checkbox"/> Экзантемная болезнь Кавасаки ^{かわさきびょう} <small>川崎病</small> | <input type="checkbox"/> Внезапная экзантема ^{とつぱせいぼつ} <small>突発性発しん</small> | | |
| <input type="checkbox"/> Японский энцефалит ^{にほんのうえん} <small>日本脳炎</small> | <input type="checkbox"/> Фебрильные судороги ^{ねつせい} <small>熱性けいれん</small> | <input type="checkbox"/> Прочее ^{その他} | |

Проходите ли курс лечения от какой-либо болезни в настоящий момент? ^{げんざいりょう} ^{びょうき} 現在治療している病気はありますか Да はい Нет いいえ

Переносили ли Вы операции ранее? ^{しゅじゅつ} ^う 手術を受けたことがありますか Да はい Нет いいえ

Как вы переносите наркоз? ^{ますい} ^{なに} 麻酔をして何かトラブルがありましたか Да はい Нет いいえ

Сможете ли Вы в следующий раз придти с переводчиком? ^{こんご} ^{つうやく} ^{じぶん} 今後、通訳を自分で連れてくることができますか

- Да はい Нет いいえ

ДЕРМАТОЛОГИЯ

ひふかもんしんひょう
皮膚科問診票

русский язык

ロシア語

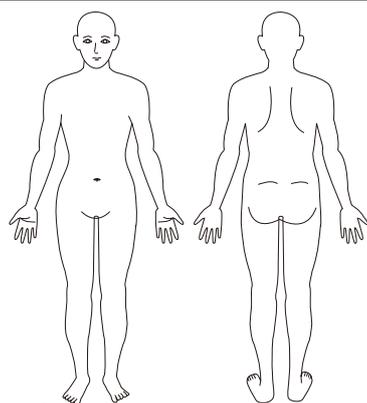
Пометьте , пожалуйста, все подходящие пункты аてはまるものにチェックしてください

Год ^{ねん}

Месяц ^{がつ}

Число ^{にち}

Ф.и.о. ^{なまえ} 名前		<input type="checkbox"/> М ^{おとこ} 男	<input type="checkbox"/> Ж ^{おんな} 女
Дата рождения ^{せいねんがっぴ} 生年月日	_____ Год ^{ねん} _____ Месяц ^{がつ} _____ Число ^{にち} _____	Тел ^{でんわ} 電話	
Адрес ^{じゅうしょ} 住所			
Имеете ли медицинскую страховку? ^{けんこうほけん} 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> Да ^{はい}		<input type="checkbox"/> Нет ^{いいえ}
Национальность ^{こくせき} 国籍	Язык ^{ことば} 言葉		

Какие симптомы у Вас имеются? ^{どうしましたか}	 <p>Обведите соответствующую часть на рисунке ^{しょうじょう} 症状のあるところに丸をしてください</p>
<input type="checkbox"/> Высокая темп-ра(^{°C}) ^{ねつ} 熱がある <input type="checkbox"/> Боль ^{いた} 痛い <input type="checkbox"/> Зуд ^{かゆい} 痒い <input type="checkbox"/> Ожог ^{やけど} 火傷 <input type="checkbox"/> Сыпь ^{ほっしん} 発疹 <input type="checkbox"/> Экзема ^{しっしん} 湿疹 <input type="checkbox"/> Синяк ^{あざ} 打撲 <input type="checkbox"/> Родинка ^{ほくろ} 痣 <input type="checkbox"/> Пятнышко ^{しみ} しみ <input type="checkbox"/> Эпидермофития стопы (грибок) ^{みずむし} 水虫 <input type="checkbox"/> Гноится ^{じくじく} じくじくしている <input type="checkbox"/> Прочее ^{その他} その他	
Когда это началось? ^{それはいつからですか}	
_____ Год ^{ねん} _____ Месяц ^{がつ} _____ Число ^{にち} _____	
Изменились ли симптомы? ^{しょうじょうへんか} その症状は変化していますか	
<input type="checkbox"/> Да ^{はい} <input type="checkbox"/> Нет ^{いいえ}	
Имеется ли у Вас лекарственная и пищевая аллергия? ^{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"/> Да ^{はい} → <input type="checkbox"/> Лекарства ^{くすり} 薬 <input type="checkbox"/> Пища ^{た もの} 食べ物 <input type="checkbox"/> Прочее ^{その他} その他 <input type="checkbox"/> Нет ^{いいえ}	
Принимаете ли на данный момент какие-либо лекарства? ^{げんざいの} 現在飲んでいる薬はありますか	
<input type="checkbox"/> Да ^{はい} → Если имеются с собой, покажите пожалуйста ^も 持っていれば見せてください <input type="checkbox"/> Нет ^{いいえ}	
Вы беременны либо имеется такая вероятность? ^{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"/> Да ^{はい} → _____ Месяц ^{かげつ} беременности _____ 月 <input type="checkbox"/> Нет ^{いいえ}	
Кормите ли грудью в данный момент? ^{じゆにゆうちゆう} 授乳中ですか	<input type="checkbox"/> Да ^{はい} <input type="checkbox"/> Нет ^{いいえ}
Прежние заболевания ^{いま} 今までにかかった病気はありますか	
<input type="checkbox"/> Заболевания желудка, кишечника ^{いちょうびょうき} 胃腸の病気 <input type="checkbox"/> Заболевания печени ^{かんぞうびょうき} 肝臓の病気 <input type="checkbox"/> Заболевания сердца ^{しんぞうびょうき} 心臓の病気 <input type="checkbox"/> Заболевания почек ^{しんぞうびょうき} 腎臓の病気 <input type="checkbox"/> Туберкулез ^{けっかく} 結核 <input type="checkbox"/> Диабет ^{とうにょうびょう} 糖尿病 <input type="checkbox"/> Астма ^{ぜんそく} ぜんそく <input type="checkbox"/> Гипертония ^{こうけつあつしやう} 高血圧症 <input type="checkbox"/> СПИД ^{エイズ} エイズ <input type="checkbox"/> Заболевания щитовидной железы ^{こうじょうせんびょうき} 甲状腺の病気 <input type="checkbox"/> Сифилис ^{はいどく} 梅毒 <input type="checkbox"/> Прочее ^{その他} その他	
Проходите ли курс лечения от какой-либо болезни в настоящий момент? ^{げんざいちりゆう} 現在治療している病気はありますか	<input type="checkbox"/> Да ^{はい} <input type="checkbox"/> Нет ^{いいえ}
Переносили ли Вы операции ранее? ^{しゆじゆつ} 手術を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> Да ^{はい} <input type="checkbox"/> Нет ^{いいえ}
Как вы переносите наркоз? ^{ますい} 麻酔をして何かトラブルがありましたか	<input type="checkbox"/> Да ^{はい} <input type="checkbox"/> Нет ^{いいえ}
Сможете ли Вы в следующий раз придти с переводчиком? ^{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"/> Да ^{はい} <input type="checkbox"/> Нет ^{いいえ}	

АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

さんふじんかもんしんひょう
産婦人科問診票

русский язык
ロシア語

Пометьте , пожалуйста, все подходящие пункты あてはまるものにチェックしてください

Год ねん _____ Месяц がつ _____ Число にち _____

Ф.и.о. <small>なまえ</small> 名前	<input type="checkbox"/> М <small>おとこ</small> 男 <input type="checkbox"/> Ж <small>おんな</small> 女
Дата рождения <small>せいねんがっぴ</small> 生年月日	_____ Год <small>ねん</small> _____ Месяц <small>がつ</small> _____ Число <small>にち</small> _____
Адрес <small>じゅうしょ</small> 住所	Тел <small>でんわ</small> 電話 _____
Имеете ли медицинскую страховку? <small>けんこうほけん</small> 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> Да <small>はい</small> <input type="checkbox"/> Нет <small>いいえ</small>
Национальность <small>こくせき</small> 国籍	Язык <small>ことば</small> 言葉 _____

Какие симптомы у Вас имеются? どうしましたか

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Подтверждение беременности <small>にんしん</small> 妊娠 | <input type="checkbox"/> Нерегулярная менструация <small>げつがい</small> 月経の異常 | <input type="checkbox"/> Бели <small>おりもの</small> おりもの |
| <input type="checkbox"/> Боль в нижней части живота <small>かぶくぶ</small> 下腹部が痛い | <input type="checkbox"/> Кровотечение <small>ふせいせきしゅつ</small> 不正性器出血 | <input type="checkbox"/> Полип <small>ポリープ</small> ポリープ |
| <input type="checkbox"/> Кистозное перерождение <small>らんそう</small> 卵巣のう腫瘍 | <input type="checkbox"/> Вагинальный зуд <small>せいき</small> 性器のかゆみ | <input type="checkbox"/> Гистеромиома <small>しきゅうきんじゆ</small> 子宮筋腫 |
| <input type="checkbox"/> Осмотр на рак <small>がん</small> 検診 | <input type="checkbox"/> Бесплодие <small>ふにんしん</small> 不妊症 | <input type="checkbox"/> Анемия <small>ひんけつ</small> 貧血 |
| <input type="checkbox"/> Прочее <small>その他</small> その他 | | |

О менструации せいり 生理について

Первая менструация? <small>はじめて</small> 初めての生理があったのはいつですか	Возраст _____ 才
Менопауза? <small>へいけい</small> 閉経はいつですか	Возраст _____ 才
Менструация нормальна? <small>せいり</small> 生理は順調ですか	<input type="checkbox"/> Да <small>はい</small> <input type="checkbox"/> Нет <small>いいえ</small>
Менструальный цикл? <small>しゅうき</small> 周期について	<input type="checkbox"/> 28 дней <small>にちがた</small> 28日型 <input type="checkbox"/> 30 дней <small>にちがた</small> 30日型 <input type="checkbox"/> _____ 日型 <input type="checkbox"/> Нестабильный <small>ふじゆん</small> 不順
Продолжительность? <small>せいり</small> 生理の期間について	_____ 日型 <input type="checkbox"/> Нестабильный <small>ふじゆん</small> 不順
Объем выделений? <small>せいり</small> 生理の量について	<input type="checkbox"/> Много <small>おおい</small> 多い <input type="checkbox"/> Нормально <small>ふつう</small> 普通 <input type="checkbox"/> Мало <small>すくない</small> 少ない
Менструальная боль? <small>せいり</small> 生理痛はありますか	<input type="checkbox"/> Да <small>はい</small> <input type="checkbox"/> Нет <small>いいえ</small>
Последняя менструация <small>さいしゅうげつがい</small> 最終月経は	_____ 年 _____ 月 _____ 日

Сведения о беременности и родах にんしん 妊娠した回数

- | | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Число беременностей <small>にんしん</small> 妊娠 _____ 回 | <input type="checkbox"/> Роды <small>ぶんべん</small> 分娩 _____ 回 | <input type="checkbox"/> Нормальные <small>せいじょうぶんべん</small> 正常分娩 _____ 回 | <input type="checkbox"/> Ненормальные <small>いじょうぶんべん</small> 異常分娩 _____ 回 |
| <input type="checkbox"/> Выкидыш <small>りゅうざん</small> 流産 _____ 回 | <input type="checkbox"/> Натуральный <small>しぜんりゅうざん</small> 自然流産 _____ 回 | <input type="checkbox"/> Искусственный <small>じんこうりゅうざん</small> 人工流産 _____ 回 | |
| <input type="checkbox"/> Прочее <small>その他</small> その他 | <input type="checkbox"/> Внематочная беременность <small>しじゅうがいにんしん</small> 子宮外妊娠 | <input type="checkbox"/> Пузырный занос <small>ほうじゅうさい</small> 胎状奇胎 | |

Хотите ли родить в этой больнице? にんしん 妊娠の方は当院での出産を希望しますか Да はい Нет いいえ

Имеется ли у Вас лекарственная и пищевая аллергия? くすり 薬や食べ物でアレルギーが出ますか

- Да はい → Лекарства くすり 薬 Пища た 食べ物 Прочее その他 その他 Нет いいえ

Принимаете ли на данный момент какие-либо лекарства? げんざい 現在飲んでる薬はありますか

- Да はい → Если имеются с собой, покажите пожалуйста も 持っていれば見せてください Нет いいえ

Подвергались осмотру на рак? がん 検診を受けたことがありますか

- Да はい → _____ 年 _____ 月 _____ 日 Нет いいえ

Прежние заболевания いま 今までにかかった病気はありますか

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Заболевания желудка, кишечника <small>いちょう</small> 胃腸の病気 | <input type="checkbox"/> Заболевания печени <small>かんぞう</small> 肝臓の病気 | |
| <input type="checkbox"/> Заболевания сердца <small>しんぞう</small> 心臓の病気 | <input type="checkbox"/> Заболевания почек <small>じんぞう</small> 腎臓の病気 | <input type="checkbox"/> Туберкулез <small>けっかく</small> 結核 |
| <input type="checkbox"/> Диабет <small>とうにょうびょう</small> 糖尿病 | <input type="checkbox"/> Астма <small>ぜんそく</small> ぜんそく | <input type="checkbox"/> Гипертония <small>こうけつあつしやう</small> 高血圧症 |
| <input type="checkbox"/> Заболевания щитовидной железы <small>こうじょうせん</small> 甲状腺の病気 | <input type="checkbox"/> Венерическая болезнь <small>せいびょう</small> 性病 | <input type="checkbox"/> СПИД <small>エイズ</small> エイズ |
| | | <input type="checkbox"/> Прочее <small>その他</small> その他 |

Переносили ли Вы операции ранее? <small>手術を受けたことがありますか</small>		<input type="checkbox"/> Да はい		<input type="checkbox"/> Нет いいえ			
Проходили ли Вы переливание крови ранее? <small>輸血を受けたことがありますか</small>		<input type="checkbox"/> Да はい		<input type="checkbox"/> Нет いいえ			
Анамнез членов семьи <small>家族の病歴</small>							
	лет <small>ねんれい</small> 年齢	Здоров <small>けんこう</small> 健康	Нездоров <small>けんこうではない</small> 健康ではない	Наследственные болезни <small>いでんびょう</small> 遺伝病	Гипертония <small>こうけつあつ</small> 高血圧	Диабет <small>とうりょうびょう</small> 糖尿病	Рак <small>がん</small>
Отец <small>ちち</small> 父	()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Мать <small>はは</small> 母	()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Брат <small>きょうだい</small> 兄弟	()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Сестра <small>しまい</small> 姉妹	()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Муж <small>おっと</small> 夫	()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Сын/Дочь <small>こども</small> 子ども	()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Сможете ли Вы в следующий раз придти с переводчиком? <small>今後、通訳を自分で連れてくることができますか</small>							
<input type="checkbox"/> Да はい		<input type="checkbox"/> Нет いいえ					

〈2/2ページ〉

ОФТАЛЬМОЛОГИЯ

がん か もんしんひょう
眼科問診票

русский язык
ロシア語

Пометьте , пожалуйста, все подходящие пункты あてはまるものにチェックしてください

Год ねん

Месяц がつ

Число にち

Ф.и.о. <small>なまえ</small> 名前		<input type="checkbox"/> М <small>おとこ</small> 男	<input type="checkbox"/> Ж <small>おんな</small> 女
Дата рождения <small>せいねんがっぴ</small> 生年月日	_____ Год <small>ねん</small> _____ Месяц <small>がつ</small> _____ Число <small>にち</small> _____	Тел <small>でんわ</small> 電話	
Адрес <small>じゅうしょ</small> 住所			
Имеете ли медицинскую страховку? <small>けんこうほけん</small> 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> Да <small>はい</small>	<input type="checkbox"/> Нет <small>いいえ</small>	
Национальность <small>こくせき</small> 国籍		Язык <small>ことば</small> 言葉	

Какие симптомы у Вас имеются? <small>どうしましたか</small>			
<input type="checkbox"/> Правый глаз <small>みぎめ</small> 右眼	<input type="checkbox"/> Левый глаз <small>ひだりめ</small> 左眼	<input type="checkbox"/> Оба <small>りょうめ</small> 両眼	<input type="checkbox"/> Слезы <small>なみだ</small> 涙が出る
<input type="checkbox"/> Боль <small>いたい</small> 痛い	<input type="checkbox"/> Флектена <small>め</small> 目やに	<input type="checkbox"/> Нарыв <small>はれもの</small>	
<input type="checkbox"/> Ощущение инородного тела <small>ゴロゴロする</small>	<input type="checkbox"/> Плохо видно <small>見えにくい</small>		
<input type="checkbox"/> Двоится в глазах <small>ものが二重に見える</small>	<input type="checkbox"/> Ослепляет <small>まぶしい</small>	<input type="checkbox"/> Прочее <small>その他</small>	
Когда это началось? <small>それはいつからですか</small>			
_____ Год <small>ねん</small> _____ Месяц <small>がつ</small> _____ Число <small>にち</small> _____			
Имеется ли у Вас лекарственная и пищевая аллергия? <small>くすり た もの で</small> 薬や食べ物でアレルギーが出ますか			
<input type="checkbox"/> Да <small>はい</small> → <input type="checkbox"/> Лекарства <small>くすり</small> 薬	<input type="checkbox"/> Пища <small>た もの</small> 食べ物	<input type="checkbox"/> Прочее <small>た</small> その他	<input type="checkbox"/> Нет <small>いいえ</small>
Принимаете ли на данный момент какие-либо лекарства? <small>げんざいの くすり</small> 現在飲んでいる薬はありますか			
<input type="checkbox"/> Да <small>はい</small> → Если имеются с собой, покажите пожалуйста <small>も</small> 持っていれば見せてください	<input type="checkbox"/> Нет <small>いいえ</small>		
Вы беременны либо имеется такая вероятность? <small>にんしん</small> 妊娠していますか、またその可能性はありますか			
<input type="checkbox"/> Да <small>はい</small> → _____ Месяц <small>かげつ</small> _____ 月	<input type="checkbox"/> Нет <small>いいえ</small>		
Кормите ли грудью в данный момент? <small>じゅうちゅう</small> 授乳中ですか	<input type="checkbox"/> Да <small>はい</small> <input type="checkbox"/> Нет <small>いいえ</small>		
Как вы переносите наркоз? <small>ますい</small> 麻酔をして何かトラブルがありましたか	<input type="checkbox"/> Да <small>はい</small> <input type="checkbox"/> Нет <small>いいえ</small>		
Прежние заболевания <small>いま</small> 今までにかかった病気はありますか			
<input type="checkbox"/> Заболевания желудка, кишечника <small>いちょう</small> 胃腸の病気	<input type="checkbox"/> Заболевания печени <small>かんぞう</small> 肝臓の病気		
<input type="checkbox"/> Заболевания сердца <small>しんぞう</small> 心臓の病気	<input type="checkbox"/> Заболевания почек <small>じんぞう</small> 腎臓の病気	<input type="checkbox"/> Туберкулез <small>けっかく</small> 結核	
<input type="checkbox"/> Диабет <small>とうにょうびょう</small> 糖尿病	<input type="checkbox"/> Астма <small>ぜんそく</small> ぜんそく	<input type="checkbox"/> Гипертония <small>こうけつあつしやう</small> 高血圧症	<input type="checkbox"/> СПИД <small>エイズ</small> エイズ
<input type="checkbox"/> Заболевания щитовидной железы <small>こうじょうせん</small> 甲状腺の病気	<input type="checkbox"/> Сифилис <small>はいどく</small> 梅毒	<input type="checkbox"/> Прочее <small>た</small> その他	
Проходите ли курс лечения от какой-либо болезни в настоящий момент? <small>げんざいちりやう</small> 現在治療している病気はありますか			
<input type="checkbox"/> Да <small>はい</small> <input type="checkbox"/> Нет <small>いいえ</small>			
В семье есть больные глазными болезнями? <small>かぞく</small> 家族で目の病気の人がありますか			
<input type="checkbox"/> Да <small>いる</small> → Кто? <small>だれ</small> 誰が _____	Какие болезни? <small>びょうき</small> それはどんな病気ですか _____		
<input type="checkbox"/> Нет <small>いない</small>			
Сможете ли Вы в следующий раз придти с переводчиком? <small>こんご</small> 今後、通訳を自分で連れてくることができますか			
<input type="checkbox"/> Да <small>はい</small> <input type="checkbox"/> Нет <small>いいえ</small>			

OTORINO-LARYNGOLOGY

じびいんこうかもんしんひょう
耳鼻咽喉科問診票

русский язык
ロシア語

Пометьте , пожалуйста, все подходящие пункты あてはまるものにチェックしてください

ねん
年

がつ
月

にち
日

Ф.и.о. <small>なまえ</small> 名前			<input type="checkbox"/> М <small>おとこ</small> 男	<input type="checkbox"/> Ж <small>おんな</small> 女
Дата рождения <small>せいねんがっぴ</small> 生年月日	_____ Год <small>ねん</small> 年 _____	_____ Месяц <small>がつ</small> 月 _____	_____ Число <small>にち</small> 日	Тел <small>でんわ</small> 電話 _____
Адрес <small>じゅうしょ</small> 住所				
Имеете ли медицинскую страховку? <small>けんこうほけん</small> 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> Да <small>はい</small>		<input type="checkbox"/> Нет <small>いいえ</small>	
Национальность <small>こくせき</small> 国籍			Язык <small>ことば</small> 言葉 _____	

Какие симптомы у Вас имеются? どうしましたか

Высокая темп-ра (°C) ねつ 熱がある Тяжесть в голове あたま 頭が重い

Головные боли あたま 頭が痛い

Уши みみ 耳の症状

Правое みぎ 右 Левое ひだり 左 Оба りょうほう 両方 Боль しみ 耳が痛い

Гной みみ 耳だれ Шум в ушах みみ 耳なり Ушная сера みみ 耳あか Головокружение めまい

Плохой слух き 聞こえが悪い Ощущение закупоренности みみ 耳がふさがった感じ

Нос はな 鼻の症状

Нос заложен はな 鼻がつまる Насморк はな 鼻がでる Чихание くしゃみ Кровотечение из носа はなぢ 鼻血

Храп いびき Плохое обоняние におい においがわからない

Горло/Рот のど どの症状

Боль в языке した 舌が痛い Боль в горле のど のどが痛い Кашель せき Мокрота たん

Ощущение чего-нибудь в горле のど のどに何かある感じ Потеря голоса こゑ 声がかれる

Трудность при глотании のみこ 飲み込みにくい Опухоль в лице или шее かお 顔・頸部(くび)の腫れ

Прочее その他

Когда это началось? それはいつからですか _____ Год ねん 年 _____ Месяц がつ 月 _____ Число にち 日から

Имеется ли у Вас лекарственная и пищевая аллергия? くすり 薬や た 食べ物でアレルギーが出ますか

Да はい → Лекарства くすり 薬 Пища た 食べ物 Прочее その他 Нет いいえ

Принимаете ли на данный момент какие-либо лекарства? げんざいの 現在飲んでいる薬はありますか

Да はい → Если имеются с собой, покажите пожалуйста も 持っていれば見せてください Нет いいえ

Вы беременны либо имеется такая вероятность? 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

Да はい → _____ Месяц か 月 беременности け 月 Нет いいえ

Кормите ли грудью в данный момент? じゅにゅうちゅう 授乳中ですか

Да はい Нет いいえ

Пьете ли алкогольные напитки? さけ お酒を飲みますか Да はい → _____ мл/день ひ ml/日 Нет いいえ

Курите? す たばこを吸いますか Да はい → _____ шт/день ほん 本/日 Нет いいえ

Переносили ли Вы операции ранее? しゅじゅつ 手術を受けたことがありますか Да はい Нет いいえ

Проходили ли Вы переливание крови ранее? ゆけつ 輸血を受けたことがありますか Да はい Нет いいえ

Как вы переносите наркоз? ますい 麻酔をして何かトラブルがありましたか Да はい Нет いいえ

Сможете ли Вы в следующий раз придти с переводчиком? こんご 今後、通訳を自分で連れてくることができますか

Да はい Нет いいえ

СТОМАТОЛОГИЯ

し か もんしんひょう
歯科問診票

русский язык

ロシア語

Пометьте , пожалуйста, все подходящие пункты あてはまるものにチェックしてください

ねん
年

がつ
月

にち
日

Ф.и.о. 名前		<input type="checkbox"/> М 男	<input type="checkbox"/> Ж 女
Дата рождения 生年月日	_____ 年 _____ 月 _____ 日	Тел 電話	
Адрес 住所			
Имеете ли медицинскую страховку? 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> Да はい		<input type="checkbox"/> Нет いいえ
Национальность 国籍	Язык 言葉		

Какие симптомы у Вас имеются? どうしましたか	
<input type="checkbox"/> Зубная боль 歯が痛い	<input type="checkbox"/> Пломба отпала つめ物がとれた
<input type="checkbox"/> Вылечить кариес зуба 虫歯を治してほしい	<input type="checkbox"/> Вставить зуб 入れ歯を作りたい
<input type="checkbox"/> Исправить зубной ряд 歯並びを治したい	<input type="checkbox"/> Отремонтировать вставной зуб 入れ歯を修理したい
<input type="checkbox"/> Очистить от зубного налета и камня 歯石・歯こうを取りたい	<input type="checkbox"/> Запах изо рта 口臭
<input type="checkbox"/> Боль в десне 歯ぐきが痛い	<input type="checkbox"/> Осмотр 検診
<input type="checkbox"/> Прочее その他	
Имеется ли у Вас лекарственная и пищевая аллергия? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか	
<input type="checkbox"/> Да はい → <input type="checkbox"/> Лекарства 薬 <input type="checkbox"/> Пища 食べ物 <input type="checkbox"/> Прочее その他	<input type="checkbox"/> Нет いいえ
Принимаете ли на данный момент какие-либо лекарства? 現在飲んでいる薬はありますか	
<input type="checkbox"/> Да はい → Если имеются с собой, покажите пожалуйста 持っていれば見せてください	<input type="checkbox"/> Нет いいえ
Как вы переносите наркоз? 麻酔をして何かトラブルがありましたか	<input type="checkbox"/> Неперенешу はい <input type="checkbox"/> Хорошо いいえ
У Вас раньше удаляли зубы? 歯を抜いたことがありますか	<input type="checkbox"/> Да はい <input type="checkbox"/> Нет いいえ
Вы беременны либо имеется такая вероятность? 妊娠していますか、またその可能性はありますか	
<input type="checkbox"/> Да はい → _____ 月 _____ 日	<input type="checkbox"/> Нет いいえ
Кормите ли грудью в данный момент? 授乳中ですか	<input type="checkbox"/> Да はい <input type="checkbox"/> Нет いいえ
Прежние заболевания 今までにかった病気はありますか	
<input type="checkbox"/> Заболевания желудка, кишечника 胃腸の病気	<input type="checkbox"/> Заболевания печени 肝臓の病気
<input type="checkbox"/> Заболевания сердца 心臓の病気	<input type="checkbox"/> Заболевания почек 腎臓の病気
<input type="checkbox"/> Диабет 糖尿病	<input type="checkbox"/> Туберкулез 結核
<input type="checkbox"/> Астма ぜんそく	<input type="checkbox"/> Гипертония 高血圧症
<input type="checkbox"/> Заболевания щитовидной железы 甲状腺の病気	<input type="checkbox"/> СПИД エイズ
<input type="checkbox"/> Сифилис 梅毒	<input type="checkbox"/> Прочее その他
Проходите ли курс лечения от какой-либо болезни в настоящий момент? 現在治療している病気はありますか	
<input type="checkbox"/> Да はい	<input type="checkbox"/> Нет いいえ
Пожелания о лечении 治療に対する希望	
<input type="checkbox"/> Вылечить все больные зубы 悪いところは全て治したい	
<input type="checkbox"/> Вылечить только ныне болящие зубы 今痛い歯だけを治したい	
<input type="checkbox"/> Вылечить с "оплатой за свой счет" 自費診療でもかまわない	
<input type="checkbox"/> Лечение насумму в пределах страхования 保険の範囲内で治したい	
<input type="checkbox"/> Дать консультацию об оплате 相談して決めたい	
Сможете ли Вы в следующий раз прийти с переводчиком? 今後、通訳を自分で連れてくることができますか	
<input type="checkbox"/> Да はい	<input type="checkbox"/> Нет いいえ