

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

ねん
年

がつ
月

にち
日

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

Какие симптомы у Вас имеются? <small>どうしましたか</small>			
<input type="checkbox"/> Правый глаз <small>みぎめ 右眼</small>	<input type="checkbox"/> Левый глаз <small>ひだりめ 左眼</small>	<input type="checkbox"/> Оба <small>りょうめ 両眼</small>	<input type="checkbox"/> Слезы <small>なみだ 涙が出る</small>
<input type="checkbox"/> Боль <small>いたい 痛い</small>	<input type="checkbox"/> Флектена <small>め 目やに</small>	<input type="checkbox"/> Нарыв <small>はれもの 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 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 年</small> _____ Месяц <small>がつ 月</small> _____ Число <small>にち 日</small> から			
Имеется ли у Вас лекарственная и пищевая аллергия? <small>くすり た もの で 薬や食べ物でアレルギーが出ますか</small>			
<input type="checkbox"/> Да <small>はい</small> → <input type="checkbox"/> Лекарства <small>くすり 薬</small> <input type="checkbox"/> Пища <small>た もの 食べ物</small> <input type="checkbox"/> Прочее <small>た 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 くすり 現在飲んでいる薬はありますか</small>			
<input type="checkbox"/> Да <small>はい</small> → Если имеются с собой, покажите пожалуйста <small>も 持っていれば見せてください</small> <input type="checkbox"/> Нет <small>いいえ</small>			
Вы беременны либо имеется такая вероятность? <small>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</small>			
<input type="checkbox"/> Да <small>はい</small> → _____ Месяц <small>かげつ ヶ月</small> <input type="checkbox"/> Нет <small>いいえ</small>			
Кормите ли грудью в данный момент? <small>じゅうちゅう 授乳中ですか</small>			<input type="checkbox"/> Да <small>はい</small> <input type="checkbox"/> Нет <small>いいえ</small>
Возникают ли у Вас проблемы, связанные с наркозом? <small>ますい なに 麻酔をして何かトラブルがありましたか</small>			<input type="checkbox"/> Да <small>はい</small> <input type="checkbox"/> Нет <small>いいえ</small>
Прежние заболевания <small>いま 今までにかかった病気はありますか</small>			
<input type="checkbox"/> Заболевания желудочно-кишечного тракта <small>いちょう びょうき 胃腸の病気</small>	<input type="checkbox"/> Заболевания печени <small>かんぞう びょうき 肝臓の病気</small>		
<input type="checkbox"/> Заболевания сердца <small>しんぞう びょうき 心臓の病気</small>	<input type="checkbox"/> Заболевания почек <small>じんぞう びょうき 腎臓の病気</small>	<input type="checkbox"/> Туберкулез <small>けっかく 結核</small>	
<input type="checkbox"/> Диабет <small>とうにょうびょう 糖尿病</small>	<input type="checkbox"/> Астма <small>ぜんそく ぜんそく</small>	<input type="checkbox"/> Гипертония <small>こうけつあつしょう 高血圧症</small>	<input type="checkbox"/> СПИД <small>エイズ</small>
<input type="checkbox"/> Заболевания щитовидной железы <small>こうじょうせん びょうき 甲状腺の病気</small>	<input type="checkbox"/> Сифилис <small>はいどく 梅毒</small>	<input type="checkbox"/> Прочее <small>その他</small>	
Проходите ли курс лечения от какой-либо болезни в настоящий момент? <small>げんざいちりょう びょうき 現在治療している病気はありますか</small>			<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 め びょうき 家族で目の病気の人がありますか</small>			
<input type="checkbox"/> Да <small>いる</small> → Кто? <small>だれ 誰が</small> _____ Какие болезни? <small>びょうき それはどんな病気ですか</small> _____			
<input type="checkbox"/> Нет <small>いない</small>			
Сможете ли Вы в следующий раз придти с переводчиком? <small>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</small>			
<input type="checkbox"/> Да <small>はい</small> <input type="checkbox"/> Нет <small>いいえ</small>			

