

ДЕРМАТОЛОГИЯ

ひふかもんしんひょう
皮膚科問診票

русский язык

ロシア語

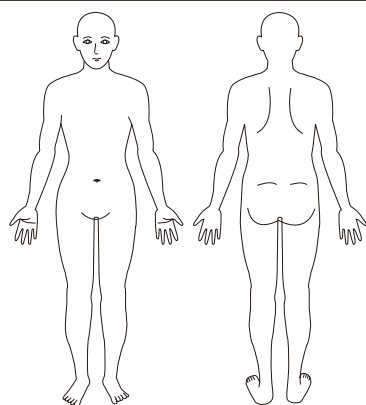
Пометьте , пожалуйста, все подходящие пункты аてはまるものにチェックしてください

ねん
Год 年

がつ
Месяц 月

にち
Число 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>	 <p>Обведите соответствующую часть на рисунке <small>しょうじょう 症状のあるところに丸をしてください</small></p>
<input type="checkbox"/> Высокая темп-ра(<small>ねつ 熱がある</small> °C) <input type="checkbox"/> Боль <small>いた 痛い</small> <input type="checkbox"/> Зуд <small>かゆい</small> <input type="checkbox"/> Ожог <small>やけど</small> <input type="checkbox"/> Сыпь <small>ほっしん 発しん</small> <input type="checkbox"/> Экзема <small>しっしん 湿しん</small> <input type="checkbox"/> Синяк <small>あざ</small> <input type="checkbox"/> Родинка <small>ほくろ</small> <input type="checkbox"/> Пятнышко <small>しみ</small> <input type="checkbox"/> Эпидермофития стопы (грибок) <small>みずむし 水虫</small> <input type="checkbox"/> Гноится <small>じくじくしている</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> 日から	
Изменились ли симптомы? <small>しょうじょうへんか その症状は変化していますか</small>	
<input type="checkbox"/> Да <small>はい</small> <input type="checkbox"/> Нет <small>いいえ</small>	
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>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 かのうせい 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 беременности <small>かがつ 月</small> <input type="checkbox"/> Нет <small>いいえ</small>	
Кормите ли грудью в данный момент? <small>じゆにゅうちゆう 授乳中ですか</small>	<input type="checkbox"/> Да <small>はい</small> <input type="checkbox"/> Нет <small>いいえ</small>
Прежние заболевания <small>いま びょうき 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>しんぞうびょうき 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</small> <input type="checkbox"/> Гипертония <small>こうけつあつしやう 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>げんざいちりゆうびょうき 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>
Переносили ли Вы операции ранее? <small>しゆじゆつう 手術を受けたことがありますか</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>
Сможете ли Вы в следующий раз придти с переводчиком? <small>こんご つうやく じぶん つ 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>	