

NEIROHIJURUGIA

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

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	_____ 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	

Какие симптомы у Вас имеются? どうしましたか			
<input type="checkbox"/> Головные боли 頭が痛い	<input type="checkbox"/> Головокружение めまい	<input type="checkbox"/> Тошнота 吐き気	<input type="checkbox"/> Рвота 嘔吐
<input type="checkbox"/> Шум в ушах 耳鳴り	<input type="checkbox"/> Ригидность плеч 肩こり	<input type="checkbox"/> Онемение しびれ	<input type="checkbox"/> Тремор 手足のふるえ
<input type="checkbox"/> Частая потеря сознания 意識がなくなる		<input type="checkbox"/> Плохо слышно 聞こえにくい	
<input type="checkbox"/> Плохо видно 物が見えにくい		<input type="checkbox"/> Трудность в ходьбе 歩きにくい	
<input type="checkbox"/> Затрудненность движения рук и ног 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 年 _____ Месяц 月 _____ Число 日から		
Ударяли голову обо что-нибудь? 頭をぶつきましたか			
<input type="checkbox"/> Да はい → _____ Год 年 _____ Месяц 月 _____ Число 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 前頭部	<input type="checkbox"/> Затылок 後頭部	<input type="checkbox"/> Правая боковая 右横 <input type="checkbox"/> Левая боковая 左横
Вы попали в аварию? 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 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 前頭部	<input type="checkbox"/> Затылок 後頭部	<input type="checkbox"/> Правая боковая 右横	<input type="checkbox"/> Левая боковая 左横 <input type="checkbox"/> Голова в целом 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"/> Сжимающая боль キリキリ	
<input type="checkbox"/> Как будто череп раскалывается ガーンと割れるように	<input type="checkbox"/> Колющая боль チクチク	<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 朝	<input type="checkbox"/> Днем 昼	<input type="checkbox"/> Вечером и ночью 夜	<input type="checkbox"/> Целые сутки 一日中
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		
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 → _____ Месяц беременности かげつ 月	<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		

(1/2ページ)



既往の病気 <small>いま びょうき</small> 今までにかった病気はありますか	
<input type="checkbox"/> 胃腸の病気 <small>いちょう びょうき</small>	<input type="checkbox"/> 肝臓の病気 <small>かんぞう びょうき</small>
<input type="checkbox"/> 心臓の病気 <small>しんぞう びょうき</small>	<input type="checkbox"/> 腎臓の病気 <small>じんぞう びょうき</small>
<input type="checkbox"/> 糖尿病 <small>とうにょうびょう</small>	<input type="checkbox"/> 結核 <small>けっかく</small>
<input type="checkbox"/> アстма <small>ぜんそく</small>	<input type="checkbox"/> 高血圧症 <small>こうけつあつしょう</small>
<input type="checkbox"/> 甲状腺の病気 <small>こうじょうせん びょうき</small>	<input type="checkbox"/> СПИД <small>エイズ</small>
<input type="checkbox"/> Сифилис <small>はいどく</small>	<input type="checkbox"/> Прочее <small>その他</small>
現在治療している病気はありますか? <small>げんざいぢりょう びょうき</small>	
<input type="checkbox"/> Да はい <input type="checkbox"/> Нет いいえ	
酒を飲みますか? <small>さけ の</small>	<input type="checkbox"/> Да はい → _____ ml/日 <small>ml/日</small> <input type="checkbox"/> Нет いいえ
たばこを吸いますか? <small>す</small>	<input type="checkbox"/> Да はい → _____ 本/日 <small>ほん ひ</small> <input type="checkbox"/> Нет いいえ
手術を受けたことがありますか? <small>しゅじゅつ う</small>	<input type="checkbox"/> Да はい <input type="checkbox"/> Нет いいえ
麻酔をして何かトラブルがありましたか? <small>ますい なに</small>	<input type="checkbox"/> Да はい <input type="checkbox"/> Нет いいえ
今後、通訳を自分で連れてくることはできますか? <small>こんご つうやく じぶん つ</small>	
<input type="checkbox"/> Да はい <input type="checkbox"/> Нет いいえ	

〈2/2ページ〉