

# 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

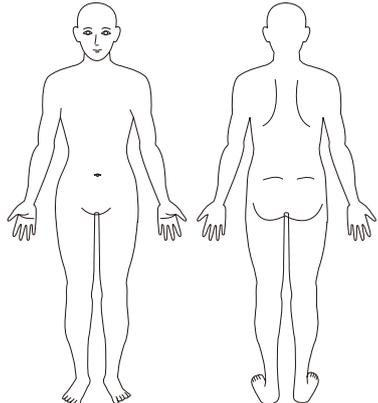
Пометьте , пожалуйста, все подходящие пункты аてはまるものにチェックしてください

ねん  
年

がつ  
月

にち  
日

Ф.и.о. <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? どうしましたか	 <p>Обведите соответствующую часть на рисунке <small>しょうじょう</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> 日から	
Имеется ли у Вас лекарственная и пищевая аллергия? <small>くすり た 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 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</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>
Презжие 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 желудочно-кишечного тракта <small>いちじょうひょうき</small> 胃腸の病気 <input type="checkbox"/> Заболевания печени <small>かんぞうひょうき</small> 肝臓の病気 <input type="checkbox"/> Заболевания сердца <small>しんぞうひょうき</small> 心臓の病気 <input type="checkbox"/> Заболевания почек <small>じんぞうひょうき</small> 腎臓の病気 <input type="checkbox"/> Туберкулез <small>けっかく</small> 結核 <input type="checkbox"/> Диабет <small>とうりょうびょう</small> 糖尿病 <input type="checkbox"/> Астма <small>ぜんそく</small> ぜんそく <input type="checkbox"/> Гипертония <small>こうけつあつしょう</small> 高血圧症 <input type="checkbox"/> СПИД <small>エイズ</small> エイズ <input type="checkbox"/> Заболевания щитовидной железы <small>こうじょうせんひょうき</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> その他	
Проходите ли курс лечения от какой-либо болезни в настоящий момент? <small>げんざいちりょう</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>しじゅつ</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>
Возникают ли у Вас проблемы, связанные с наркозом? <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>	