

ВНУТРІШНЯ ТЕРАПІЯ

ない かもんしんひょう
内科問診票

українська мова

ウクライナ語

Позначте , будь ласка, усі відповідні пункти あてはまるものにチェックしてください

Рік ねん

Місяць がつ

Число にち

П.І.Б. <small>なまえ 名前</small>		<input type="checkbox"/> Ч <small>おとこ 男</small>	<input type="checkbox"/> Ж <small>おんな 女</small>
Дата народження <small>せいねんがっぴ 生年月日</small>	Рік <small>ねん 年</small> _____ Місяць <small>がつ 月</small> _____ Число <small>にち 日</small> _____	Тел <small>でんわ 電話</small>	
Адреса <small>じゅうしょ 住所</small>			
Чи маєте Ви сертифікат страхування здоров'я? <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"/> Так <small>はい</small>	<input type="checkbox"/> Ні <small>いいえ</small>	
Національність <small>こくせき 国籍</small>		Мова <small>ことば 言葉</small>	

Що з Вами? <small>どうしましたか</small>			
<input type="checkbox"/> Висока темп-ра(<small>ねつ</small> °C) <small>熱がある</small>	<input type="checkbox"/> Біль в горлі <small>のどが痛い</small>	<input type="checkbox"/> Кашель <small>せき</small>	<input type="checkbox"/> Біль в голові <small>あたまが痛い</small>
<input type="checkbox"/> Біль у грудях <small>むねが痛い</small>	<input type="checkbox"/> Висип <small>ほっしん</small>	<input type="checkbox"/> Серцебиття <small>どうき</small>	<input type="checkbox"/> Задишка <small>いきま</small>
<input type="checkbox"/> набряк <small>むくみ</small>	<input type="checkbox"/> Запаморочення <small>めまい</small>	<input type="checkbox"/> Стиснення в грудях <small>むねが苦しい</small>	<input type="checkbox"/> Біль в животі <small>なかが痛い</small>
<input type="checkbox"/> Біль у шлунку <small>いゝいた 胃が痛い</small>	<input type="checkbox"/> Гіпертонія <small>こうけつあつ 高血圧</small>	<input type="checkbox"/> Оніміння <small>しびれ</small>	<input type="checkbox"/> Сухість у роті <small>くちが渇く</small>
<input type="checkbox"/> Зменшення ваги <small>たいじゆう 体重が減っている</small>	<input type="checkbox"/> Відчуття здуття живота <small>お腹が張る</small>	<input type="checkbox"/> Відсутність апетиту <small>しょくよく 食欲がない</small>	
<input type="checkbox"/> блювота <small>おうと 嘔吐</small>	<input type="checkbox"/> Нудота <small>はげけ 吐き気</small>	<input type="checkbox"/> Пронос <small>げり 下痢</small>	<input type="checkbox"/> Криваві випорожнення <small>けつべん 血便</small>
<input type="checkbox"/> Млявість <small>だるい</small>	<input type="checkbox"/> Постійна втома <small>つか 疲れやすい</small>	<input type="checkbox"/> Інше <small>その他</small>	
Коли це почалося? <small>それはいつからですか</small>			
_____ Рік <small>ねん 年</small> _____ Місяць <small>がつ 月</small> _____ Число <small>にち 日</small> _____			
Чи була у Вас раніше алергічна реакція на ліки чи їжу та ін.? <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"/> Так <small>はい</small> → <input type="checkbox"/> Ліки <small>くすり 薬</small> <input type="checkbox"/> Їжа <small>た もの 食べ物</small> <input type="checkbox"/> Інше <small>た その他</small> <input type="checkbox"/> Ні <small>いいえ</small>			
Приймаєте якісь ліки на даний момент? <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"/> Так <small>はい</small> → Покажіть, будь ласка, якщо маєте при собі <small>も 持っていれば見せてください</small> <input type="checkbox"/> Ні <small>いいえ</small>			
Ви вагітні чи є у Вас така можливість? <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"/> Так <small>はい</small> → _____ Місяць <small>かげつ 月</small> <input type="checkbox"/> Ні <small>いいえ</small>			
Ви годуєте груддю на даний момент? <small>じゅうちゅう 授乳中ですか</small>			
<input type="checkbox"/> Так <small>はい</small> <input type="checkbox"/> Ні <small>いいえ</small>			
Захворювання в минулому? <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"/> Захворювання шлунка, кишківника <small>いちょう びょうき 胃腸の病気</small>	<input type="checkbox"/> Захворювання печінки <small>かんそう びょうき 肝臓の病気</small>		
<input type="checkbox"/> Захворювання серця <small>しんそう びょうき 心臓の病気</small>	<input type="checkbox"/> Захворювання нирок <small>じんそう びょうき 腎臓の病気</small>	<input type="checkbox"/> Туберкульоз <small>けっかく 結核</small>	
<input type="checkbox"/> Діабет <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"/> Гіпертонія <small>こうけつあつしゅう 高血圧症</small>	<input type="checkbox"/> СНІД <small>エイズ</small>
<input type="checkbox"/> Захворювання щитовидної залози <small>こうじょうせん びょうき 甲状腺の病気</small>	<input type="checkbox"/> Сифіліс <small>ばいどく 梅毒</small>	<input type="checkbox"/> Інше <small>その他</small>	
Чи проходить Ви наразі курс лікування від якоїсь хвороби? <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"/> Так <small>はい</small> <input type="checkbox"/> Ні <small>いいえ</small>			
Операції у минулому? <small>しじゅつ う 手術を受けたことがありますか</small>			
<input type="checkbox"/> Так <small>はい</small> <input type="checkbox"/> Ні <small>いいえ</small>			
Переливання крові в минулому? <small>ゆけつ う 輸血を受けたことがありますか</small>			
<input type="checkbox"/> Так <small>はい</small> <input type="checkbox"/> Ні <small>いいえ</small>			
Чи зможете Ви наступного разу привезти перекладача з собою? <small>こんご つうやく しぶん 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"/> Так <small>はい</small> <input type="checkbox"/> Ні <small>いいえ</small>			

ХІРУРГІЯ

外科問診票

українська мова

ウクライナ語

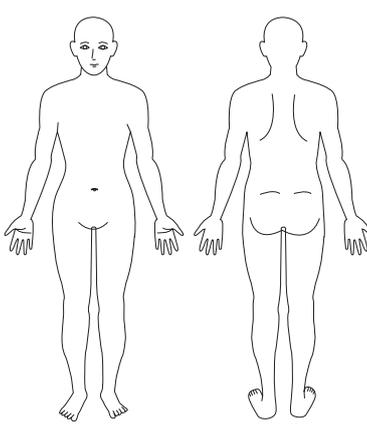
Позначте , будь ласка, усі відповідні пункти あてはまるものにチェックしてください

Рік ねん

Місяць がつ

Число にち

П.І.Б. <small>なまえ</small> 名前		<input type="checkbox"/> Ч <small>おとこ</small> 男	<input type="checkbox"/> Ж <small>おんな</small> 女
Дата народження <small>せいねんがっぴ</small> 生年月日	Рік <small>ねん</small> 年	Місяць <small>がつ</small> 月	Число <small>にち</small> 日
Адреса <small>じゅうしょ</small> 住所	Тел <small>でんわ</small> 電話		
Чи маєте Ви сертифікат страхування здоров'я? <small>けんこうほけん</small> 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> Так <small>はい</small> <input type="checkbox"/> Ні <small>いいえ</small>		
Національність <small>こくせき</small> 国籍	Мова <small>ことば</small> 言葉		

Що з Вами? <small>どうしましたか</small>	 <p>Обведіть відповідну частину на малюнку 症状のあるところに丸をしてください</p>	
<input type="checkbox"/> Висока темп-ра(<small>ねつ</small> °C) 熱がある <input type="checkbox"/> Рана <small>けが</small> けが <input type="checkbox"/> Оніміння <small>しびれ</small> しびれ <input type="checkbox"/> Свербіж <small>かゆい</small> かゆい <input type="checkbox"/> Геморой <small>痔</small> 痔 <input type="checkbox"/> Гортань(щитовидна залоза) <small>のど(甲状腺)</small> のど(甲状腺) <input type="checkbox"/> Прободіння(грижа) <small>脱腸(ヘルニア)</small> 脱腸(ヘルニア) <input type="checkbox"/> Шия <small>くび</small> 首 <input type="checkbox"/> Шлунок <small>い</small> 胃 <input type="checkbox"/> Біль у шлунку <small>なかいた</small> お腹が痛い <input type="checkbox"/> Затвердіння <small>しこり</small> しこり <input type="checkbox"/> Зменшення ваги <small>たいじゅうへ</small> 体重が減っている <input type="checkbox"/> Пухлина <small>は</small> 腫れ <input type="checkbox"/> Криваві випорожнення <small>けつべん</small> 血便 <input type="checkbox"/> Інше <small>た</small> その他 <input type="checkbox"/> Легеня <small>はい</small> 肺 <input type="checkbox"/> Пупок <small>へそ</small> へそ <input type="checkbox"/> Груди <small>にゅうぼう</small> 乳房 <input type="checkbox"/> Кишківник <small>ちよう</small> 腸		
Коли це почалось? <small>それはいつからですか</small>		
Рік <small>ねん</small> 年	Місяць <small>がつ</small> 月	Число <small>にち</small> 日から
Чи була у Вас раніше алергічна реакція на ліки чи їжу та ін.? <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"/> Так <small>はい</small> → <input type="checkbox"/> Ліки <small>くすり</small> 薬 <input type="checkbox"/> Їжа <small>た</small> 食べ物 <input type="checkbox"/> Інше <small>た</small> その他 <input type="checkbox"/> Ні <small>いいえ</small>	
Приймаєте якісь ліки на даний момент? <small>げんざいの</small> 現在飲んでいる薬はありますか	<input type="checkbox"/> Так <small>はい</small> → Покажіть, будь ласка, якщо маєте при собі <small>も</small> 持っていれば見せてください <input type="checkbox"/> Ні <small>いいえ</small>	
Ви вагітні чи є у Вас така можливість? <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"/> Так <small>はい</small> → _____ Місяць <small>かげつ</small> 月 <input type="checkbox"/> Ні <small>いいえ</small>	
Ви годуєте груддю на даний момент? <small>じゅにゅうちゆう</small> 授乳中ですか	<input type="checkbox"/> Так <small>はい</small> <input type="checkbox"/> Ні <small>いいえ</small>	
Захворювання в минулому? <small>いま</small> 今までににかかった病気はありますか	<input type="checkbox"/> Захворювання шлунка, кишківника <small>いちょう</small> 胃腸の病気 <input type="checkbox"/> Захворювання печінки <small>かんぞう</small> 肝臓の病気 <input type="checkbox"/> Захворювання серця <small>しんぞう</small> 心臓の病気 <input type="checkbox"/> Захворювання нирок <small>じんぞう</small> 腎臓の病気 <input type="checkbox"/> Туберкульоз <small>けっかく</small> 結核 <input type="checkbox"/> Діабет <small>とうりょうびよう</small> 糖尿病 <input type="checkbox"/> Астма <small>ぜんそく</small> ぜんそく <input type="checkbox"/> Гіпертонія <small>こうけつあつしよう</small> 高血圧症 <input type="checkbox"/> СНІД <small>エイズ</small> エイズ <input type="checkbox"/> Захворювання щитовидної залози <small>こうじょうせん</small> 甲状腺の病気 <input type="checkbox"/> Сифіліс <small>はいどく</small> 梅毒 <input type="checkbox"/> Інше <small>た</small> その他	
Чи проходить Ви наразі курс лікування від якоїсь хвороби? <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"/> Так <small>はい</small> <input type="checkbox"/> Ні <small>いいえ</small>	
Операції у минулому? <small>しじゆつ</small> 手術を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> Так <small>はい</small> <input type="checkbox"/> Ні <small>いいえ</small>	
Переливання крові в минулому? <small>ゆけつ</small> 輸血を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> Ні <small>はい</small> <input type="checkbox"/> Так <small>いいえ</small>	
Ви 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"/> Так <small>はい</small> <input type="checkbox"/> Ні <small>いいえ</small>	
Тільки для тих, хто має рекомендаційний лист інших лікарів/лікарень. <small>しょうかいじよう</small> 紹介状のある方だけ書いてください		
Чи маєте Ви рентгенівські знімки? <small>レントゲンフィルム</small> レントゲンフィルムを持っていますか	<input type="checkbox"/> Так <small>はい</small> <input type="checkbox"/> Ні <small>いいえ</small>	
Чи маєте Ви результат ендоскопічного дослідження? <small>ないしきよう</small> 内視鏡フィルムを持っていますか	<input type="checkbox"/> Так <small>はい</small> <input type="checkbox"/> Ні <small>いいえ</small>	

Chi zmozhete Vi nastupnogo razu privезти перекладача з собою? こんご つうやく しぶん つ
今後、通訳を自分で連れてくることができますか

Так はい

Hi いいえ



ОРТОПЕДІЯ (Відновлювальна хірургія)

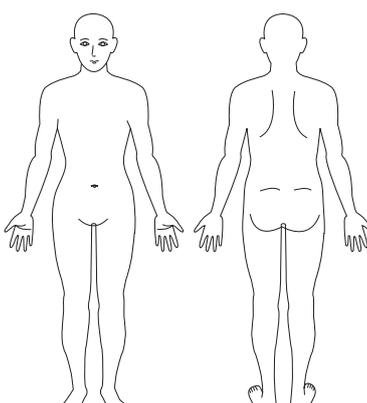
せいけいげ かもんしんひょう
整形外科問診票

українська мова
ウクライナ語

Позначте , будь ласка, усі відповідні пункти あてはまるものにチェックしてください

Рік ^{ねん}年 _____ Місяць ^{がつ}月 _____ Число ^{にち}日 _____

П.І.Б. ^{なまえ} 名前	<input type="checkbox"/> Ч ^{おとこ} 男 <input type="checkbox"/> Ж ^{おんな} 女
Дата народження ^{せいねんかつび} 生年月日 _____ Рік ^{ねん} 年 _____ Місяць ^{がつ} 月 _____ Число ^{にち} 日 _____	Тел ^{でんわ} 電話 _____
Адреса ^{じゅうしょ} 住所 _____	
Чи маєте Ви сертифікат страхування здоров'я? ^{けんごうほけん} 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> Так ^{はい} はい <input type="checkbox"/> Ні ^{いいえ} いいえ
Національність ^{こくせき} 国籍 _____	Мова ^{ことば} 言葉 _____

Що з Вами? ^{どうしましたか} どうしましたか	 <p>Обведіть відповідну частину на малюнку ^{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"/> Висока темп-ра([℃]) ^{ねつ} 熱がある <input type="checkbox"/> Біль ^{いた} 痛み <input type="checkbox"/> Рана ^{けが} けが <input type="checkbox"/> Опік ^{やけど} やけど <input type="checkbox"/> Затвердіння ^{しこり} しこり <input type="checkbox"/> Пухлина ^{はれもの} はれもの <input type="checkbox"/> Свербіж ^{かゆい} かゆい <input type="checkbox"/> Оніміння ^{しびれ} しびれ <input type="checkbox"/> Розтягнення ^{ひねった} ひねった <input type="checkbox"/> Зменшення ваги ^{たいじゅう} 体重が減っている <input type="checkbox"/> Інше ^{その他} その他	
Коли це почалося? ^{それはいつからですか} それはいつからですか _____ Рік ^{ねん} 年 _____ Місяць ^{がつ} 月 _____ Число ^{にち} 日から _____	
Чи була у Вас раніше алергічна реакція на ліки чи їжу та ін.? ^{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"/> Так ^{はい} はい → <input type="checkbox"/> Ліки ^{くすり} 薬 <input type="checkbox"/> Їжа ^{た もの} 食べ物 <input type="checkbox"/> Інше ^{その他} その他 <input type="checkbox"/> Ні ^{いいえ} いいえ	
Приймаєте якісь ліки на даний момент? ^{げんざいの} 現在飲んでいる薬はありますか <input type="checkbox"/> Так ^{はい} はい → Покажіть, будь ласка, якщо маєте при собі ^も 持っていれば見せてください <input type="checkbox"/> Ні ^{いいえ} いいえ	
Ви вагітні чи є у Вас така можливість? ^{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"/> Так ^{はい} はい → _____ Місяць ^{かげつ} ヶ月 <input type="checkbox"/> Ні ^{いいえ} いいえ	
Ви годуєте груддю на даний момент? ^{じゅにゅうちゅう} 授乳中ですか <input type="checkbox"/> Так ^{はい} はい <input type="checkbox"/> Ні ^{いいえ} いいえ	
Захворювання в минулому? ^{いま} 今までにかかった病気はありますか	
<input type="checkbox"/> Захворювання шлунка, кишківника ^{いちょう} 胃腸の病気 <input type="checkbox"/> Захворювання печінки ^{かんぞう} 肝臓の病気 <input type="checkbox"/> Захворювання серця ^{しんぞう} 心臓の病気 <input type="checkbox"/> Захворювання нирок ^{しんぞう} 腎臓の病気 <input type="checkbox"/> Туберкульоз ^{けっかく} 結核 <input type="checkbox"/> Діабет ^{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"/> Гіпертонія ^{こうけつあつしやう} 高血圧症 <input type="checkbox"/> СНІД ^{エイズ} エイズ <input type="checkbox"/> Захворювання щитовидної залози ^{こうじょうせん} 甲状腺の病気 <input type="checkbox"/> Сифіліс ^{ばいどく} 梅毒 <input type="checkbox"/> Інше ^{その他} その他	
Чи проходить Ви наразі курс лікування від якоїсь хвороби? ^{げんざいちりょう} 現在治療している病気はありますか <input type="checkbox"/> Так ^{はい} はい <input type="checkbox"/> Ні ^{いいえ} いいえ	
Операції у минулому? ^{しゅじゅつ} 手術を受けたことがありますか <input type="checkbox"/> Так ^{はい} はい <input type="checkbox"/> Ні ^{いいえ} いいえ	
Переливання крові в минулому? ^{ゆけつ} 輸血を受けたことがありますか <input type="checkbox"/> Так ^{はい} はい <input type="checkbox"/> Ні ^{いいえ} いいえ	
Як Ви 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"/> Так ^{はい} はい <input type="checkbox"/> Ні ^{いいえ} いいえ	
Чи зможете Ви наступного разу привезти перекладача з собою? ^{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"/> Так ^{はい} はい <input type="checkbox"/> Ні ^{いいえ} いいえ	

НЕЙРОХІРУРГІЯ

のうしんけいげかもんしんひょう
脳神経外科問診票

українська мова

ウクライナ語

Позначте , будь ласка, усі відповідні пункти あてはまるものにチェックしてください

Рік ^{ねん}年 Місяць ^{がつ}月 Число ^{にち}日

П.І.Б. ^{なまえ} 名前		<input type="checkbox"/> Ч ^{おとこ} 男 <input type="checkbox"/> Ж ^{おんな} 女
Дата народження ^{せいねんがっぴ} 生年月日	_____ Рік ^{ねん} 年 _____ Місяць ^{がつ} 月 _____ Число ^{にち} 日	Тел ^{でんわ} 電話 _____
Адреса ^{じゅうしょ} 住所		
Чи маєте Ви сертифікат страхування здоров'я? ^{けんこうほけん} 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> Так ^{はい} はい	<input type="checkbox"/> Ні ^{いいえ} いいえ
Національність ^{こくせき} 国籍	Мова ^{ことば} 言葉	

Що з Вами? ^{どうしましたか} どうしましたか	
<input type="checkbox"/> Біль в голові ^{あたまいた} 頭が痛い	<input type="checkbox"/> Запаморочення ^{めまい} めまい
<input type="checkbox"/> Шум у вухах ^{みみなり} 耳鳴り	<input type="checkbox"/> Нудота ^{はげけ} 吐き気
<input type="checkbox"/> Часта втрата свідомості ^{いしき} 意識がなくなる	<input type="checkbox"/> Блювота ^{おうと} 嘔吐
<input type="checkbox"/> Погано видно ^{ものみ} 物が見えにくい	<input type="checkbox"/> Затвердіння плечей ^{かた} 肩こり
<input type="checkbox"/> Важко ворухити руками і ногами ^{てあしうご} 手足の動きが悪い	<input type="checkbox"/> Оніміння ^{しびれ} しびれ
<input type="checkbox"/> Погано чути ^{きこえ} 聞こえにくい	<input type="checkbox"/> Тремор ^{てあしふるえ} 手足のふるえ
<input type="checkbox"/> Складніть пересування ^{あそび} 歩きにくい	<input type="checkbox"/> Інше ^{その他} その他
Коли це почалось? ^{それはいつからですか} それはいつからですか	_____ Рік ^{ねん} 年 _____ Місяць ^{がつ} 月 _____ Число ^{にち} 日から
Чи вдаряли Ви голову об що-небудь? ^{あたま} 頭をぶつけましたか	
<input type="checkbox"/> Так ^{はい} はい → _____ Рік ^{ねん} 年 _____ Місяць ^{がつ} 月 _____ Число ^{にち} 日から	<input type="checkbox"/> Ні ^{いいえ} いいえ
Яка частина голови? ^{どこをぶつけましたか} どこをぶつけましたか	<input type="checkbox"/> Лоб ^{ぜんとうぶ} 前頭部 <input type="checkbox"/> Потилиця ^{こうとうぶ} 後頭部 <input type="checkbox"/> Права бокова ^{みぎよこ} 右横 <input type="checkbox"/> Ліва бокова ^{ひだりよこ} 左横
Ви потрапляли в ДТП? ^{交通事故ですか} 交通事故ですか	<input type="checkbox"/> Так ^{はい} はい <input type="checkbox"/> Ні ^{いいえ} いいえ
Для тих, у кого болить голова ^{あたまいたかた} 頭が痛い方への質問です	
В якій частині болить? ^{どこが痛みますか} どこが痛みますか	
<input type="checkbox"/> Лоб ^{ぜんとうぶ} 前頭部 <input type="checkbox"/> Политиця ^{こうとうぶ} 後頭部 <input type="checkbox"/> Права бокова ^{みぎよこ} 右横 <input type="checkbox"/> Ліва бокова ^{ひだりよこ} 左横 <input type="checkbox"/> Голова в цілому ^{あたまぜんたい} 頭全体	
Як болить? ^{どのように痛みますか} どのように痛みますか	
<input type="checkbox"/> Глибоко й інтенсивно ^{ズキンズキン} ズキンズキン	<input type="checkbox"/> Ніби гучно барабанить ^{ガンガン} ガンガン
<input type="checkbox"/> Ніби череп розколюється ^{ガンと割れるように} ガンと割れるように	<input type="checkbox"/> Стискаючий біль ^{キリキリ} キリキリ
<input type="checkbox"/> Ніби чоключий ^{チクチク} チクチク	<input type="checkbox"/> Інше ^{その他} その他
В якій частині дня болить найбільше? ^{いつが一番痛いですか} いつが一番痛いですか	
<input type="checkbox"/> Вранці ^{あさ} 朝 <input type="checkbox"/> Вдень ^{ひる} 昼 <input type="checkbox"/> Ввечері та вночі ^{よる} 夜 <input type="checkbox"/> Цілодобово ^{いちにちじゅう} 一日中	
Чи була у Вас раніше алергічна реакція на ліки чи їжу та ін.? ^{薬や食べ物でアレルギーが出ますか} 薬や食べ物でアレルギーが出ますか	
<input type="checkbox"/> Так ^{はい} はい → <input type="checkbox"/> Ліки ^{くすり} 薬 <input type="checkbox"/> Їжа ^{たもの} 食べ物 <input type="checkbox"/> Інше ^{その他} その他	<input type="checkbox"/> Ні ^{いいえ} いいえ
Приймаєте якісь ліки на даний момент? ^{現在飲んでいる薬はありますか} 現在飲んでいる薬はありますか	
<input type="checkbox"/> Так ^{はい} はい → Покажіть, будь ласка, якщо маєте при собі ^{持っていれば見せてください} 持っていれば見せてください	<input type="checkbox"/> Ні ^{いいえ} いいえ
Ви вагітні чи є у Вас така можливість? ^{妊娠していますか、またその可能性はありますか} 妊娠していますか、またその可能性はありますか	
<input type="checkbox"/> Так ^{はい} はい → _____ Місяць ^{かげつ} ヶ月	<input type="checkbox"/> Ні ^{いいえ} いいえ
Ви годуєте груддю на даний момент? ^{授乳中ですか} 授乳中ですか	<input type="checkbox"/> Так ^{はい} はい <input type="checkbox"/> Ні ^{いいえ} いいえ

Захворювання в минулому? <small>いまにかかった病気はありますか</small>	
<input type="checkbox"/> Захворювання шлунка, кишківника <small>胃腸の病気</small>	<input type="checkbox"/> Захворювання печінки <small>肝臓の病気</small>
<input type="checkbox"/> Захворювання серця <small>心臓の病気</small>	<input type="checkbox"/> Захворювання нирок <small>腎臓の病気</small>
<input type="checkbox"/> Діабет <small>糖尿病</small>	<input type="checkbox"/> Астма <small>ぜんそく</small>
<input type="checkbox"/> Захворювання щитовидної залози <small>甲状腺の病気</small>	<input type="checkbox"/> Сифіліс <small>梅毒</small>
	<input type="checkbox"/> Туберкульоз <small>結核</small>
	<input type="checkbox"/> СНІД <small>エイズ</small>
	<input type="checkbox"/> Інше <small>その他</small>
Чи проходить Ви наразі курс лікування від якоїсь хвороби? <small>現在治療している病気はありますか</small>	
<input type="checkbox"/> Так <small>はい</small> <input type="checkbox"/> Ні <small>いいえ</small>	
Чи вживаєте алкогольні напої? <small>お酒を飲みますか</small>	<input type="checkbox"/> Так <small>はい</small> → _____ мл/день <small>ml/日</small> <input type="checkbox"/> Ні <small>いいえ</small>
Курите? <small>たばこを吸いますか</small>	<input type="checkbox"/> Так <small>はい</small> → _____ шт/день <small>本/日</small> <input type="checkbox"/> Ні <small>いいえ</small>
Операції у минулому? <small>手術を受けたことがありますか</small>	<input type="checkbox"/> Так <small>はい</small> <input type="checkbox"/> Ні <small>いいえ</small>
Ви переносите наркоз? <small>麻酔をして何かトラブルがありましたか</small>	<input type="checkbox"/> Ні <small>はい</small> <input type="checkbox"/> Так <small>いいえ</small>
Чи зможете Ви наступного разу привезти перекладача з собою? <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"/> Так <small>はい</small> <input type="checkbox"/> Ні <small>いいえ</small>	



ПСИХІАТРІЯ

せいしん かもんしんひょう
精神科問診票

українська мова
ウクライナ語

Позначте , будь ласка, усі відповідні пункти あてはまるものにチェックしてください

Рік 年

Місяць 月

Число 日

П.І.Б. <small>なまえ 名前</small>		<input type="checkbox"/> Ч 男	<input type="checkbox"/> Ж 女
Дата народження <small>せいねんがっぴ 生年月日</small>	Рік 年 _____ Місяць 月 _____ Число 日 _____	Тел <small>でんわ 電話</small>	
Адреса <small>じゅうしょ 住所</small>			
Чи маєте Ви сертифікат страхування здоров'я? <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"/> Так はい	<input type="checkbox"/> Ні いいえ	
Національність <small>こくせき 国籍</small>	Мова <small>ことば 言葉</small>		

Що з Вами? どうしましたか	
<input type="checkbox"/> Поганий сон <small>ねむ 眠れない</small>	<input type="checkbox"/> Говорю більше, ніж завичай <small>いつもよりよくしゃべる</small>
<input type="checkbox"/> Неспокій або напади паніки <small>ふあん やパニック発作</small>	
<input type="checkbox"/> Чую голоси, хоча поруч нікого немає <small>まわりの人に声がかかっている</small>	
<input type="checkbox"/> Відчуваю себе пригніченим <small>うつ気分</small>	<input type="checkbox"/> Поганий настрій <small>げんきがでない</small>
<input type="checkbox"/> Відчуваю, що хтось спостерігає за мною <small>人に見られている気がする</small>	<input type="checkbox"/> Занадто збуджений <small>げんきがよすぎる</small>
<input type="checkbox"/> Втрачаю свідомість <small>いしき 意識がなくなる</small>	<input type="checkbox"/> Виникає бажання померти <small>死にたい</small>
<input type="checkbox"/> Легко збуджуюся <small>いそいそ 興奮しやすい</small>	<input type="checkbox"/> Мене примушують до насильства <small>ぼうりょく 暴力をふるう</small>
<input type="checkbox"/> Інше <small>その他</small>	

Коли це по чалось? それはいつからですか	
_____ Рік 年 _____ Місяць 月 _____ Число 日 日から	
Чи була у Вас раніше алергічна реакція на ліки чи їжу та ін.? <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"/> Так はい → <input type="checkbox"/> Ліки 薬 <input type="checkbox"/> Їжа 食べ物 <input type="checkbox"/> Інше 其他 <input type="checkbox"/> Ні いいえ	
Ім'я та прізвище супроводжуючої особи <small>つきそいしや しめい 付添者の氏名</small>	
Ким він Вам доводиться <small>ほんいん かんけい 本人との関係</small> <input type="checkbox"/> член сім'ї <small>かぞく 家族</small> <input type="checkbox"/> друг <small>ゆうじん 友人</small> <input type="checkbox"/> інше 其他 → (_____)	
Хто Вам порекомендував відвідати наш заклад? <small>ほんじつ じゆしん いし 本日の受診はどなたの意志ですか</small>	
<input type="checkbox"/> Ви 本人 <input type="checkbox"/> член сім'ї <small>かぞく 家族</small> <input type="checkbox"/> друг <small>ゆうじん 友人</small> <input type="checkbox"/> поліція <small>けいさつ 警察</small> <input type="checkbox"/> колега по роботі <small>きんむ さき ひと 勤務先の人</small>	
<input type="checkbox"/> Інше 其他 → (_____)	
Яка мета сьогоднішнього візиту? <small>ほんじつ じゆしん もくてき なん 本日の受診の目的は何ですか</small>	
<input type="checkbox"/> постановка діагнозу <small>しんだん 診断</small> <input type="checkbox"/> отримання медичної довідки <small>しんだんしよ 診断書</small>	
<input type="checkbox"/> лікування <small>ちりょう 治療</small> <input type="checkbox"/> госпіталізація <small>じゅういん 入院</small>	
<input type="checkbox"/> направлення в іншу установу <small>しょうかい 紹介</small> <input type="checkbox"/> отримання висновку іншого спеціаліста <small>せかんどおびнион セカンドオピニオン</small>	
<input type="checkbox"/> Інше 其他 → (_____)	
Ви вагітні чи є у Вас така можливість? <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"/> Так はい → _____ Місяць 月 _____ <input type="checkbox"/> Ні いいえ	
Ви годуєте груддю на даний момент? <small>じゅうちゅう 授乳中ですか</small> <input type="checkbox"/> Так はい <input type="checkbox"/> Ні いいえ	
Чи проходить Ви наразі курс лікування від якоїсь хвороби? <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"/> Так はい → назва медичного закладу <small>いりょうきかんめい 医療機関名</small> _____ <input type="checkbox"/> Ні いいえ	
Приймаєте якісь ліки на даний момент? <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"/> Так はい → Покажіть, будь ласка, якщо маєте при собі <small>も 持っていれば見せてください</small> _____ <input type="checkbox"/> Ні いいえ	

Захворювання в минулому? <small>いま</small> <small>びょうき</small> 今までにかかった病気はありますか	
<input type="checkbox"/> слабоумство <small>にんちしやう</small> <small>認知症</small> <input type="checkbox"/> розлад настрою <small>きふんしやうがい</small> <small>気分障害</small> → <input type="checkbox"/> манія <small>そつびやう</small> <small>躁病</small> <input type="checkbox"/> маніакально-депресивний психоз <small>そつうつびやう</small> <small>躁鬱病</small> <input type="checkbox"/> депресія <small>うつびやう</small> <small>鬱病</small> <input type="checkbox"/> паніка <small>パニック</small> <input type="checkbox"/> розлад особистості <small>パーソナリティー</small> <small>しょうがい</small> <small>障害</small> <input type="checkbox"/> порушення розвитку <small>はつたつしょうがい</small> <small>発達障害</small> <input type="checkbox"/> затримка розумового розвитку <small>せいしんちたい</small> <small>精神遅滞</small> <input type="checkbox"/> шизофренія <small>とうごうしつちやうしやう</small> <small>統合失調症</small> <input type="checkbox"/> епілепсія <small>てんかん</small> <input type="checkbox"/> СДУГ <small>ちやういけつかん</small> <small>注意欠陥(如)</small> <small>た</small> <small>どうせいしょうがい</small> <small>多動性障害</small> <input type="checkbox"/> Інше <small>た</small> <small>その他</small> → ()	<input type="checkbox"/> алкогольна або наркотична залежність <small>やくぶついぞん</small> <small>アルコールや薬物依存</small>
Чи зможете Ви наступного разу привезти перекладача з собою? <small>こんご</small> <small>つうやく</small> <small>じぶん</small> <small>つ</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"/> Так <small>はい</small> <input type="checkbox"/> Ні <small>いいえ</small>	

ПЕДІАТРІЯ

しょうに かもんしんひょう
小児科問診票

українська мова
ウクライナ語

Позначте , будь ласка, уві відповідні пункти あてはまるものにチェックしてください

Рік ^{ねん}年

Місяць ^{がつ}月

Число ^{にち}日

П.І.Б. дитини ^{こ 子どもの名前}	<input type="checkbox"/> Ч ^{おとこ} 男	<input type="checkbox"/> Ж ^{おんな} 女			
Дата народження ^{せいねんがらび} 生年月日	Рік ^{ねん} 年	Місяць ^{がつ} 月	Число ^{にち} 日	Вік ^{ねんれい} 年齢	Зріст ^{さい} 才
Адреса ^{じゅうしょ} 住所	Тел ^{でんわ} 電話				
Чи маєте Ви сертифікат страхування здоров'я? ^{けんこうほけん} 健康保険を持っていますか?			<input type="checkbox"/> Так ^{はい} <input type="checkbox"/> Ні ^{いいえ}		
Національність ^{こくせき} 国籍	Мова ^{ことば} 言葉				

Що з Вами? ^{どうしましたか}

<input type="checkbox"/> Висока темп-ра(^{ねつ} °C) 熱がある	<input type="checkbox"/> Біль в горлі ^{いた} のどが痛い	<input type="checkbox"/> Кашель ^{せき}	<input type="checkbox"/> Судоми ^{ひきつけ} がおこす
<input type="checkbox"/> Млявість(апатія) ^{げんき} 元気がない	<input type="checkbox"/> Роздратованість ^{きげん} 機嫌が悪い	<input type="checkbox"/> набряк ^{むくみ}	<input type="checkbox"/> Біль в голові ^{あたま} 頭が痛い
<input type="checkbox"/> Біль в животі ^{なか} お腹が痛い	<input type="checkbox"/> Біль у грудях ^{むね} 胸が痛い	<input type="checkbox"/> висип ^{ほっ} 発しん	<input type="checkbox"/> Біль у шлунку ^い 胃が痛い
<input type="checkbox"/> блювота ^{おうと} 嘔吐	<input type="checkbox"/> Відсутність апетиту ^{しょくよく} 食欲がない	<input type="checkbox"/> Нудота ^は 吐き気	
<input type="checkbox"/> Недостатня прибавка в вазі ^{たいじゆう} 体重の増加不良	<input type="checkbox"/> Пронос ^{げり} 下痢	<input type="checkbox"/> Криваві випорожнення ^{けつべん} 血便	
<input type="checkbox"/> Дискомфорт при вживанні молока ^{ミルク} の飲みが悪い	<input type="checkbox"/> Інше ^{その他}		

Коли це почалося? ^{それはいつからですか} Рік ^{ねん} 年 Місяць ^{がつ} 月 Число ^{にち} 日から

Чи була у Вас раніше алергічна реакція на ліки чи їжу та ін.? ^{くすり た もの} 薬や食べ物でアレルギーが出ますか

Так ^{はい} → Ліки ^{くすり} 薬 Яйця ^{たまご} 卵 Молоко ^{ぎゅうにゅう} 牛乳 Інше їжа ^{その他の食べ物} Інше ^{その他} Ні ^{いいえ}

Приймаєте якісь ліки на даний момент? ^{げんさいの} 現在飲んでいる薬はありますか

Так ^{はい} → Покажіть, будь ласка, якщо маєте при собі ^も 持っていれば見せてください Ні ^{いいえ}

В якому вигляді дитина може приймати ліки? ^{しゅるい} どのような種類の薬が飲めますか

Рідкі ^{シロップ} Порошки ^{こなぐすり} 粉薬 Таблетки або капсули ^{じょうざい} 錠剤またはカプセル

Як проходили пологи? ^{しゅさん} 出産の時のようす

Вага дитини ^{あか} g 赤ちゃんの体重 Вік матері ^{はは} 母親の年齢 ^{はは} 正常分娩 ^{いじょうぶんべん} 異常分娩 Кесарів розтин ^{ていおうせつかい} 帝王切開

Щеплення ^{せっしゅ} 接種済み予防接種

<input type="checkbox"/> НіВ (вакцина проти гемофільної інфекції типу b) ^{ヒブ}	<input type="checkbox"/> Пневмококк ^{はいえんきゅうきん} 肺炎球菌	
<input type="checkbox"/> Поліомієліт ^{ポリオ}	<input type="checkbox"/> АКДС ^{さんしゅこんごう} 三種混合	
<input type="checkbox"/> вакцина DPT-IPV ^{よんしゅこんごう} 四種混合	<input type="checkbox"/> БЦЖ ^{BCG}	
<input type="checkbox"/> MR (кір, краснуха) ^{ましん} 麻疹・ ^{ふうしん} 風しん混合	<input type="checkbox"/> Вітряна віспа ^{みず} 水ぼうそう	<input type="checkbox"/> Свинка ^{おたふく} 風邪
<input type="checkbox"/> Японський енцефаліт ^{にほんのうえん} 日本脳炎	<input type="checkbox"/> Ротавірус ^{ロタウィルス}	<input type="checkbox"/> Інше ^{その他}

Захворювання в минулому? ^{いま} 今までにかかった病気はありますか

<input type="checkbox"/> Краснуха ^{ふうしん} 風しん	<input type="checkbox"/> Вітряна віспа ^{みず} 水ぼうそう	<input type="checkbox"/> Кір ^{ましん} 麻疹	<input type="checkbox"/> Астма ^{ぜんそく}
<input type="checkbox"/> Свинка ^{おたふく} 風邪	<input type="checkbox"/> Коклюш ^{ひやくにち} 百日ぜき	<input type="checkbox"/> Апендицит ^{ちゅうすいえん} 虫垂炎	
<input type="checkbox"/> Екзантема хвороба Кавасаки ^{かわさきびょう} 川崎病	<input type="checkbox"/> Раптова екзантема ^{とつぱせい} 突発性発しん		
<input type="checkbox"/> Японський енцефаліт ^{にほんのうえん} 日本脳炎	<input type="checkbox"/> Фебрильні судороми ^{ねつせい} 熱性けいれん	<input type="checkbox"/> Інше ^{その他}	

Чи проходить Ви наразі курс лікування від якоїсь хвороби? ^{げんざい} 現在治療している病気はありますか Так ^{はい} Ні ^{いいえ}

Операції у минулому? ^{しゅじゅつ} 手術を受けたことがありますか Так ^{はい} Ні ^{いいえ}

Ви переносите наркоз? ^{ますい} 麻酔をして何かトラブルがありましたか Так ^{はい} Ні ^{いいえ}

Чи зможете Ви наступного разу привезти перекладача з собою? ^{こんご} 今後、通訳を自分で連れてくることができますか

Так ^{はい} Ні ^{いいえ}

ДЕРМАТОЛОГІЯ

ひふ かもんしんひょう
皮膚科問診票

українська мова

ウクライナ語

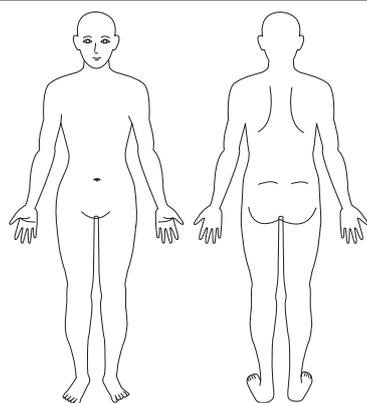
Позначте , будь ласка , усі відповідні пункти あてはまるものにチェックしてください

Рік ねん 年

Місяць がつ 月

Число にち 日

П.І.Б. <small>なまえ</small> 名前		<input type="checkbox"/> Ч <small>おとこ</small> 男	<input type="checkbox"/> Ж <small>おんな</small> 女
Дата народження <small>せいねんがっぴ</small> 生年月日	Рік <small>ねん</small> 年	Місяць <small>がつ</small> 月	Число <small>にち</small> 日
Адреса <small>じゅうしょ</small> 住所	Тел <small>でんわ</small> 電話		
Чи маєте Ви сертифікат страхування здоров'я? <small>けんこうほけん</small> 健康保険を持っていますか?		<input type="checkbox"/> Так <small>はい</small>	<input type="checkbox"/> Ні <small>いいえ</small>
Національність <small>こくせき</small> 国籍	Мова <small>ことば</small> 言葉		

Що с Вами? <small>どうしましたか</small>	 <p>Обведіть відповідну частину на малюнку <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"/> Висока темп-ра(<small>ねつ</small> °C) 熱がある <input type="checkbox"/> Біль <small>いた</small> 痛い <input type="checkbox"/> Свербіж <small>かゆい</small> 痒い <input type="checkbox"/> Опік <small>やけど</small> 火傷 <input type="checkbox"/> Висипання <small>はっしん</small> 発疹 <input type="checkbox"/> Плямочка <small>しみ</small> しみ <input type="checkbox"/> Синець <small>あざ</small> 痣 <input type="checkbox"/> Родима пляма <small>ほくろ</small> ほくろ <input type="checkbox"/> Екзема <small>湿しん</small> 湿疹 <input type="checkbox"/> Епідермофітія стопи (грибок) <small>みずむし</small> 水虫 <input type="checkbox"/> Гноїться <small>じくじく</small> じくじくしている <input type="checkbox"/> Інше <small>その他</small> 其他	
Коли це почалось? <small>それはいつからですか</small>	
Рік <small>ねん</small> 年 Місяць <small>がつ</small> 月 Число <small>にち</small> 日から Чи змінились симптоми? <small>その症状は変化していますか</small> <input type="checkbox"/> Так <small>はい</small> <input type="checkbox"/> Ні <small>いいえ</small>	
Чи була у Вас раніше алергічна реакція на ліки чи їжу та ін.? <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"/> Так <small>はい</small> → <input type="checkbox"/> Ліки <small>くすり</small> 薬 <input type="checkbox"/> Їжа <small>た もの</small> 食べ物 <input type="checkbox"/> Інше <small>その他</small> 其他 <input type="checkbox"/> Ні <small>いいえ</small>	
Приймаєте якісь ліки на даний момент? <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"/> Так <small>はい</small> → Покажіть, будь ласка, якщо маєте при собі <small>も</small> 持っていれば見せてください <input type="checkbox"/> Ні <small>いいえ</small>	
Ви вагітні чи є у Вас така можливість? <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"/> Так <small>はい</small> → _____ Місяць <small>かげつ</small> 月 <input type="checkbox"/> Ні <small>いいえ</small>	
Ви годуєте груддю на даний момент? <small>じゆにゆうちゆう</small> 授乳中ですか	<input type="checkbox"/> Так <small>はい</small> <input type="checkbox"/> Ні <small>いいえ</small>
Захворювання в минулому? <small>いま</small> 今までにかかった <small>びょうき</small> 病気はありますか	
<input type="checkbox"/> Захворювання шлунка, кишківника <small>いちょう</small> 胃腸の <small>びょうき</small> 病気 <input type="checkbox"/> Захворювання печінки <small>かんぞう</small> 肝臓の <small>びょうき</small> 病気 <input type="checkbox"/> Захворювання серця <small>しんぞう</small> 心臓の <small>びょうき</small> 病気 <input type="checkbox"/> Захворювання нирок <small>じんぞう</small> 腎臓の <small>びょうき</small> 病気 <input type="checkbox"/> Туберкульоз <small>けっかく</small> 結核 <input type="checkbox"/> Діабет <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"/> Гіпертонія <small>こうけつあつしやう</small> 高血圧症 <input type="checkbox"/> СНІД <small>エイズ</small> エイズ <input type="checkbox"/> Захворювання щитовидної залози <small>こうじょうせん</small> 甲状腺の <small>びょうき</small> 病気 <input type="checkbox"/> Сифіліс <small>はいどく</small> 梅毒 <input type="checkbox"/> Інше <small>その他</small> 其他	
Чи проходить Ви наразі курс лікування від якоїсь хвороби? <small>げんざいちりやう</small> 現在治療している <small>びょうき</small> 病気はありますか	<input type="checkbox"/> Так <small>はい</small> <input type="checkbox"/> Ні <small>いいえ</small>
Операції у минулому? <small>しゆじゆつ</small> 手術を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> Ні <small>はい</small> <input type="checkbox"/> Так <small>いいえ</small>
Ви переносите наркоз? <small>ますい</small> 麻酔をして何か <small>な</small> トラブルがありましたか	<input type="checkbox"/> Так <small>はい</small> <input type="checkbox"/> Ні <small>いいえ</small>
Чи зможете Ви наступного разу привезти перекладача з собою? <small>こんご</small> 今後、 <small>つうやく</small> 通訳を <small>じぶん</small> 自分で連れてくることができますか	
<input type="checkbox"/> Так <small>はい</small> <input type="checkbox"/> Ні <small>いいえ</small>	



АКУШЕРСТВО І ГІНЕКОЛОГІЯ

さんふじんかもんしんひょう
産婦人科問診票

українська мова

ウクライナ語

Позначте , будь ласка, усі відповідні пункти あてはまるものにチェックしてください

Рік ねん

Місяць がつ

Число にち

П.І.Б. <small>なまえ 名前</small>		<input type="checkbox"/> Ч <small>おとこ 男</small>	<input type="checkbox"/> Ж <small>おんな 女</small>
Дата народження <small>せいねんがっぴ 生年月日</small>	Рік <small>ねん</small> _____ Місяць <small>がつ</small> _____ Число <small>にち</small> _____	Тел <small>でんわ 電話</small>	
Адреса <small>じゅうしょ 住所</small>			
Чи маєте Ви сертифікат страхування здоров'я? <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"/> Так <small>はい</small>	<input type="checkbox"/> Ні <small>いいえ</small>	
Національність <small>こくせき 国籍</small>	Мова <small>ことば 言葉</small>		
Зріст <small>しんちよう 身長</small>	cm _____	Вага <small>たいじゆう 体重</small>	kg _____

Що з Вами? どうしましたか			
<input type="checkbox"/> Підтвердження вагітності <small>にんしん 妊娠</small>	<input type="checkbox"/> Нерегулярна менструація <small>げつけい いじょう 月経の異常</small>	<input type="checkbox"/> Білі <small>おりもの</small>	
<input type="checkbox"/> Біль у нижній частині живота <small>かぶくぶいた 下腹部が痛い</small>	<input type="checkbox"/> Вагінальна кровотеча <small>ふせいせいしきけつ 不正性器出血</small>	<input type="checkbox"/> Поліп <small>ポリープ</small>	
<input type="checkbox"/> Кістозне переродження <small>らんそう しゅよう 卵巣のう腫瘍</small>	<input type="checkbox"/> Вагінальний свербіж <small>せいき 性器のかゆみ</small>	<input type="checkbox"/> Пістереоміа <small>しきゅうきんしゅ 子宮筋腫</small>	
<input type="checkbox"/> Огляд на рак <small>がんけん がん検診</small>	<input type="checkbox"/> Безплідність <small>ふにんしよう 不妊症</small>	<input type="checkbox"/> Анемія <small>ひんけつ 貧血</small>	<input type="checkbox"/> Інше <small>その他</small>
Щодо менструації <small>せいり 生理</small> について			
Перша менструація? <small>はじめてせいりがあったのはいつですか</small>	Вік _____	才 _____	
Менопауза? <small>閉経はいつですか</small>	Вік _____	才 _____	
Менструація нормальна? <small>生理は順調ですか</small>	<input type="checkbox"/> Так <small>はい</small>	<input type="checkbox"/> Ні <small>いいえ</small>	
Менструальний цикл? <small>しゅうき 周期</small> について	<input type="checkbox"/> 28 днів <small>28日型</small>	<input type="checkbox"/> 30 днів <small>30日型</small>	<input type="checkbox"/> _____ днів <small>日型</small> <input type="checkbox"/> Нестабільний <small>ふじゆん 不順</small>
Тривалість? <small>せいり きかん 生理の期間</small> について	_____ днів <small>日間</small>		
Обсяг виділень? <small>せいり りよう 生理の量</small> について	<input type="checkbox"/> Багато <small>おおい</small>	<input type="checkbox"/> Нормально <small>ふつう 普通</small>	<input type="checkbox"/> Мало <small>すくない</small>
Менструальний біль? <small>せいりりつう 生理痛</small> がありますか	<input type="checkbox"/> Так <small>はい</small>	<input type="checkbox"/> Ні <small>いいえ</small>	
Остання менструація <small>さいしゅうげつけい 最終月経</small> 是	_____ Місяць <small>がつ</small>	_____ Число <small>にち</small>	_____
Чи були у вас статеві стосунки? <small>せいこうけいけん 性交経験</small> がありますか	<input type="checkbox"/> Так <small>はい</small>	<input type="checkbox"/> Ні <small>いいえ</small>	
Відомості щодо вагітності та пологів <small>にんしん かいすう 妊娠した回数</small>			
<input type="checkbox"/> Кількість вагітностей <small>にんしん 妊娠</small> _____ раз <small>かい</small>			
<input type="checkbox"/> Пологи <small>ぶんべん 分娩</small> _____ раз <small>かい</small> → <input type="checkbox"/> Нормальні <small>せいじょうぶんべん 正常分娩</small> _____ раз <small>かい</small>	<input type="checkbox"/> Ненормальні <small>いじょうぶんべん 異常分娩</small> _____ раз <small>かい</small>		
<input type="checkbox"/> Викидень <small>りゅうざん 流産</small> _____ раз <small>かい</small> → <input type="checkbox"/> Самовільний <small>しぜんりゅうざん 自然流産</small> _____ раз <small>かい</small>	<input type="checkbox"/> Аборт <small>じんこうりゅうざん 人工流産</small> _____ раз <small>かい</small>		
<input type="checkbox"/> Інше <small>その他</small>	<input type="checkbox"/> Позаматкова вагітність <small>しきゅうがいのにんしん 子宮外妊娠</small>	<input type="checkbox"/> Пузирний занос <small>ほうじょうきたい 胎状奇胎</small>	
Чи хочете Ви народжувати в даній лікарні? <small>にんしん かた どういん しゅつさん きぼう 妊娠の方は当院での出産を希望しますか</small>	<input type="checkbox"/> Так <small>はい</small>	<input type="checkbox"/> Ні <small>いいえ</small>	
Чи була у Вас раніше алергічна реакція на ліки чи їжу та ін.? <small>くすり た もの で アレルギーが 薬や食べ物でアレルギーが出ますか</small>			
<input type="checkbox"/> Так <small>はい</small> → <input type="checkbox"/> Ліки <small>くすり 薬</small> <input type="checkbox"/> Їжа <small>た もの 食べ物</small> <input type="checkbox"/> Інше <small>た その他</small>	<input type="checkbox"/> Ні <small>いいえ</small>		
Приймаєте якісь ліки на даний момент? <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"/> Так <small>はい</small> → Покажіть, будь ласка, якщо маєте при собі <small>も 持っていれば見せてください</small>	<input type="checkbox"/> Ні <small>いいえ</small>		
Проходили огляд на рак? <small>がんけんしん がん検診</small> を受けたことがありますか			
<input type="checkbox"/> Так <small>はい</small> → _____ Рік <small>ねん</small> _____ Місяць <small>がつ</small> _____ Число <small>にち</small> _____	<input type="checkbox"/> Ні <small>いいえ</small>		

Захворювання в минулому? いま びょうき 今までにかかった病気はありますか

Захворювання шлунка, кишківника いちょう びょうき 胃腸の病気
 Захворювання печінки かんぞう びょうき 肝臓の病気
 Захворювання серця しんぞう びょうき 心臓の病気
 Захворювання нирок じんぞう びょうき 腎臓の病気
 Туберкульоз けっかく 結核
 Діабет とうようびょう 糖尿病
 Астма ぜんそく ぜんそく
 Гіпертонія こうけつあつしやう 高血圧症
 СНІД エイズ エイズ
 Захворювання щитовидної залози ごうじょうせん びょうき 甲状腺の病気
 Венерична хвороба せいびょう 性病
 Інше その他 その他

Операції у минулому? しゅじゅつ とう 手術を受けたことがありますか Так はい Ні いいえ

Переливання крові в минулому? ゆけつ とう 輸血を受けたことがありますか Так はい Ні いいえ

Анамнез членів сім'ї かぞく びょうれき 家族の病歴

	Вік <small>ねんせい</small> 年齢	Здоровий <small>けんこう</small> 健康	Нездоровий <small>けんこう ではない</small> 健康ではない	Спадкові хвороби <small>いでんびょう</small> 遺伝病	Гіпертонія <small>こうけつあつ 高血圧</small>	Діабет <small>とうようびょう</small> 糖尿病	Рак <small>がん</small> がん
Батько <small>ちち</small> 父	()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Мати <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>まようだい</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"/>
Чоловік <small>おつと</small> 夫	()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Син/Донька <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"/>

Чи зможете Ви наступного разу привезти перекладача з собою? こんご つうやく じぶん っ 今後、通訳を自分で連れてくることができますか

Так はい Ні いいえ

ОФТАЛЬМОЛОГІЯ

がん か もんしんひょう
眼科問診票

українська мова
ウクライナ語

Позначте , будь ласка, усі відповідні пункти あてはまるものにチェックしてください

Рік 年

Місяць 月

Число 日

П.І.Б. 名前		<input type="checkbox"/> 男 男	<input type="checkbox"/> 女 女
Дата народження 生年月日	Рік 年	Місяць 月	Число 日
Адреса 住所	Тел 電話		
Чи маєте Ви сертифікат страхування здоров'я? 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> Так はい	<input type="checkbox"/> Ні いいえ	
Національність 国籍	Мова 言葉		

Що з Вами? どうしましたか			
<input type="checkbox"/> Праве око 右眼	<input type="checkbox"/> Ліве око 左眼	<input type="checkbox"/> Обидва 両眼	<input type="checkbox"/> Сльози 涙が出る
<input type="checkbox"/> Біль 痛い	<input type="checkbox"/> Виділення 目やに	<input type="checkbox"/> Нарив はれもの	
<input type="checkbox"/> Відчуття чужерідного тіла ゴロゴロする	<input type="checkbox"/> Погано видно 見えにくい		
<input type="checkbox"/> Двоїться в очах 物が二重に見える	<input type="checkbox"/> Осліплює まぶしい	<input type="checkbox"/> Інше その他	
Коли це почалось? それはいつからですか			
_____ Рік 年 _____ Місяць 月 _____ Число 日から			
Чи була у Вас раніше алергічна реакція на ліки чи їжу та ін.? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか			
<input type="checkbox"/> Так はい	<input type="checkbox"/> Ліки 薬	<input type="checkbox"/> Їжа 食べ物	<input type="checkbox"/> Інше その他
<input type="checkbox"/> Ні いいえ			
Приймаєте якісь ліки на даний момент? 現在飲んでいる薬はありますか			
<input type="checkbox"/> Так はい → Покажіть, будь ласка, якщо є зараз 持っていれば見せてください			
<input type="checkbox"/> Ні いいえ			
Ви вагітні чи є у Вас така можливість? 妊娠していますか、またその可能性はありますか			
<input type="checkbox"/> Так はい → _____ Місяць 月			
<input type="checkbox"/> Ні いいえ			
Ви годуєте груддю на даний момент? 授乳中ですか			<input type="checkbox"/> Так はい <input type="checkbox"/> Ні いいえ
Ви переносите наркоз? 麻酔をして何かトラブルがありましたか			<input type="checkbox"/> Ні はい <input type="checkbox"/> Так いいえ
Захворювання в минулому? 今までにかかった病気はありますか			
<input type="checkbox"/> Захворювання шлунка, кішківника 胃腸の病気	<input type="checkbox"/> Захворювання печінки 肝臓の病気		
<input type="checkbox"/> Захворювання серця 心臓の病気	<input type="checkbox"/> Захворювання нирок 腎臓の病気	<input type="checkbox"/> Туберкульоз 結核	
<input type="checkbox"/> Діабет 糖尿病	<input type="checkbox"/> Астма ぜんそく	<input type="checkbox"/> Гіпертонія 高血圧症	<input type="checkbox"/> СНІД エイズ
<input type="checkbox"/> Захворювання щитовидної залози 甲状腺の病気	<input type="checkbox"/> Сифіліс 梅毒	<input type="checkbox"/> Інше その他	
Чи проходить Ви наразі курс лікування від якоїсь хвороби? 現在治療している病気はありますか			<input type="checkbox"/> Так はい <input type="checkbox"/> Ні いいえ
Чи є в родині хтось з очним захворюванням? 家族で目の病気の人がありますか			
<input type="checkbox"/> Так いる → Хто? 誰が _____ Які захворювання? それはどんな病気ですか			
<input type="checkbox"/> Ні いない			
Чи зможете Ви наступного разу привезти з собою перекладача? 今後、通訳を自分で連れて来てることができますか			
<input type="checkbox"/> Так はい <input type="checkbox"/> Ні いいえ			



OTORINOLARINGOLOGIA

じびいんこうかもんしんひょう
耳鼻咽喉科問診票

українська мова

ウクライナ語

Позначте будь ласка, усі відповідні пункти あてはまるものにチェックしてください

Рік ねん

Місяць がつ

Число にち

П.І.Б. <small>なまえ</small> 名前		<input type="checkbox"/> Ч <small>おとこ</small> 男	<input type="checkbox"/> Ж <small>おんな</small> 女
Дата народження <small>せいねんがっぴ</small> 生年月日	Рік <small>ねん</small> 年	Місяць <small>がつ</small> 月	Число <small>にち</small> 日
Адреса <small>じゅうしょ</small> 住所	Тел <small>でんわ</small> 電話		
Чи маєте Ви сертифікат страхування здоров'я? <small>けんこうほけん</small> 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> Так <small>はい</small>	<input type="checkbox"/> Ні <small>いいえ</small>	
Національність <small>こくせき</small> 国籍	Мова <small>ことば</small> 言葉		

Що з Вами? どうしましたか

Висока темп-ра (°C) 熱がある Тяжкість в голові あたまおち 頭が重い
 Біль в голові あたまいた 頭が痛い

Вуха みみ 耳の症状

Праве みぎ 右 Ліве ひだり 左 Обидва りょうほう 両方 Біль みみいた 耳が痛い
 Гній みみ 耳だれ Шум у вухах みみ 耳なり Вушна сірка みみ 耳あか Запаморочення めまい
 Поганий слух きこえ 聞こえが悪い Відчуття закупореності みみ 耳がふさがった感じ

Ніс はな 鼻の症状

Ніс закладений はな 鼻がつまる Нежить はな 鼻がでる Чхання くしゃみ Кровотеча з носа はなち 鼻血
 Храп いびき Поганий нюх におい においがわからない

Горло/Рот のど のどの症状

Язик болить した 舌が痛い Біль в горлі のど のどが痛い Кашель せき Мокрота たん
 Відчуття чогось в горлі のど のどに何かある感じ Втрата голосу こえ 声がかれる
 Важко ковтати のみこみ 飲み込みにくい Пухлина на обличчі або шиї かお 顔・頸部(くび)の腫れ
 Інше その他

Коли це почалось? それはいつからですか Рік ねん 年 Місяць がつ 月 Число にち 日から

Чи була у Вас раніше алергічна реакція на ліки чи їжу та ін.? くすり た のもの で アレルギー が 出 ます か

Так はい → Ліки くすり 薬 Їжа た 食べ物 Інше た その他 Ні いいえ

Приймаєте якісь ліки на даний момент? げんざいの くすり 現在飲んでいる薬はありますか

Так はい → Покажіть, будь ласка, якщо маєте при собі も 持っていれば見せてください Ні いいえ

Ви вагітні чи є у Вас така можливість? 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

Так はい → Місяць かげつ 月 Ні いいえ

Ви годуєте груддю на даний момент? じゅにゅうちゅう 授乳中ですか Так はい Ні いいえ

Чи вживаєте алкогольні напої? さけ お酒を飲みますか Так はい → _____ мл/день ひ ml/日 Ні いいえ

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

Операції у минулому? じゅじゆつ 手術を受けたことがありますか Так はい Ні いいえ

Переливання крові в минулому? ゆけつ 輸血を受けたことがありますか Ні はい Так いいえ

Ви переносите наркоз? ますい 麻酔をして何かトラブルがありましたか Так はい Ні いいえ

Чи зможете Ви наступного разу привезти перекладача з собою? こんご 今後、通訳を自分で連れてくることができますか

Так はい Ні いいえ

СТОМАТОЛОГІЯ

し か もんしんひょう
歯科問診票

українська мова

ウクライナ語

Позначте , будь ласка, усі відповідні пункти あてはまるものにチェックしてください

Рік ねん

Місяць がつ

Число にち

П.І.Б. <small>なまえ</small> 名前		<input type="checkbox"/> Ч <small>おとこ</small> 男	<input type="checkbox"/> Ж <small>おんな</small> 女
Дата народження <small>せいねんがっぴ</small> 生年月日	Рік <small>ねん</small> 年	Місяць <small>がつ</small> 月	Число <small>にち</small> 日
Адреса <small>じゅうしょ</small> 住所	Тел <small>でんわ</small> 電話		
Чи маєте Ви сертифікат страхування здоров'я? <small>けんこうほけん</small> 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> Так <small>はい</small> <input type="checkbox"/> Ні <small>いいえ</small>		
Національність <small>こくせき</small> 国籍	Мова <small>ことば</small> 言葉		

Що з Вами? どうしましたか

Зубний біль はいた 歯が痛い Пломба відпала つめもの がとれた Біль в яснах はぐきが痛い

Вилікувати карієс зуба むしば なおしてほしい Вставити зуб いば 入れ歯を作りたい Огляд けんしん 検診

виправити зубний ряд はなら なおしたい Відремонтувати вставний зуб いば しゅうり 入れ歯を修理したい

Очистити від зубного нальоту і каменю しせきし と 歯石・歯こうを取りたい Запах з рота くさみ 口臭 Інше た その他

Чи була у Вас раніше алергічна реакція на ліки чи їжу та ін.? くすり た もの でアレルギーがでますか

Так はい → Ліки くすり 薬 Їжа た もの 食べ物 Інше た その他 Ні いいえ

Приймаєте якісь ліки на даний момент? げんざいの くすり 現在飲んでいる薬はありますか

Так はい → Покажіть, будь ласка, якщо маєте при собі も 持っていれば見せてください Ні いいえ

Як Ви 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 Не переносу はい Добре いいえ

У Вас раніше видаляли зуби? は ぬ 歯を抜いたことがありますか Так はい Ні いいえ

Ви вагітні чи є у Вас така можливість? 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

Так はい → かげつ Місяць 月 Ні いいえ

Ви годуєте груддю на даний момент? じゅうちゅうちゅう 授乳中ですか Так はい Ні いいえ

Захворювання в минулому? いま 今までにかかった病気はありますか

Захворювання шлунка, кишківника いちょう びょうき 胃腸の病気 Захворювання печінки かんぞう びょうき 肝臓の病気

Захворювання серця しんぞう びょうき 心臓の病気 Захворювання нирок しんぞう びょうき 腎臓の病気 Туберкульоз けっかく 結核

Діабет とうにょうびょう 糖尿病 Астма ぜんそく ぜんそく Гіпертонія こうけつあつしやう 高血圧症 СНІД エイズ エイズ

Захворювання щитовидної залози こうじょうせん びょうき 甲状腺の病気 Сифіліс はいどく 梅毒 Інше た その他

Чи проходить Ви наразі курс лікування від якоїсь хвороби? 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 Так はい Ні いいえ

Побажання щодо лікування ちりょう たい きぼう 治療に対する希望

Вилікувати всі хворі зуби わる すべ なお 悪いところは全て治したい

Вилікувати тільки зуби, що зараз болять いまいた は なお 今痛い歯だけを治したい

Вилікувати з "оплатою за свій рахунок" じ ひしんりよう 自費診療でもかまわない

Лікування на суму в межах страхування ほけん はんい 保険の範囲内で治したい

Дати консультацію щодо оплати そうだん き 相談して決めたい

Чи зможете Ви наступного разу привезти перекладача з собою? 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

Так はい Ні いいえ