

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 其他	
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 其他
<input type="checkbox"/> Так はい	<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"/> Так はい	<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 其他	
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			

