

ХІРУРГІЯ

外科問診票

українська мова

ウクライナ語

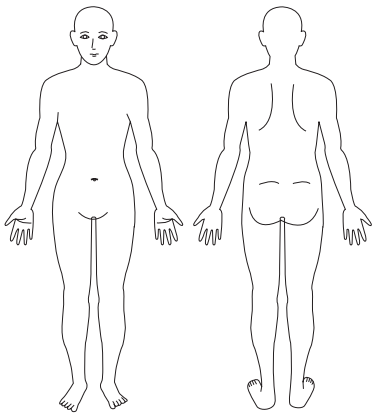
Позначте , будь ласка, усі відповідні пункти あてはまるものにチェックしてください

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"/> Груді <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 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 <small>びょうき</small> 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>とうようびょう</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>げんざいちりやう</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>しじゅつ</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>しょうかいじやう</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> 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>ないしきやう</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

