

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

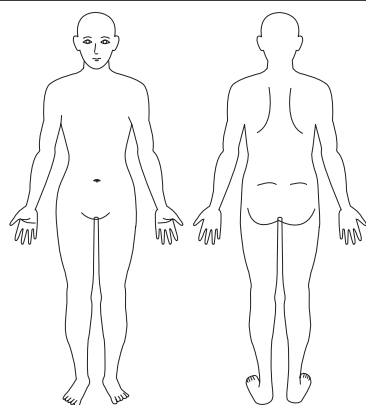
Позначте , будь ласка , усі відповідні пункти あてはまるものにチェックしてください

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> <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> <input type="checkbox"/> Родима пляма <small>ほくろ</small> ほくろ <input type="checkbox"/> Екзема <small>湿しん</small> 湿しん <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>	
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</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>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</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>その他</small>	
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、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>	

