

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 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			
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>			
<input type="checkbox"/> Висока темп-ра <small>(°C) 熱がある</small>	<input type="checkbox"/> Тяжкість в голові <small>あたまおちい</small> 頭が重い		
<input type="checkbox"/> Біль в голові <small>あたまいた</small> 頭が痛い			
Вуха <small>みみ</small> 耳の症状			
<input type="checkbox"/> Праве <small>みぎ</small> 右	<input type="checkbox"/> Ліве <small>ひだり</small> 左	<input type="checkbox"/> Обидва <small>りょうほう</small> 両方	<input type="checkbox"/> Біль <small>みみいた</small> 耳が痛い
<input type="checkbox"/> Гній <small>みみ</small> 耳だれ	<input type="checkbox"/> Шум у вухах <small>みみ</small> 耳なり	<input type="checkbox"/> Вушна сірка <small>みみ</small> 耳あか	<input type="checkbox"/> Запаморочення <small>めまい</small> めまい
<input type="checkbox"/> Поганий слух <small>きこえ</small> 聞こえが悪い	<input type="checkbox"/> Відчуття закупореності <small>みみ</small> 耳がふさがった感じ		
Ніс <small>はな</small> 鼻の症状			
<input type="checkbox"/> Ніс закладений <small>はな</small> 鼻がつまる	<input type="checkbox"/> Нежить <small>はな</small> 鼻がでる	<input type="checkbox"/> Чхання <small>くしゃみ</small> くしゃみ	<input type="checkbox"/> Кровотеча з носа <small>はなち</small> 鼻血
<input type="checkbox"/> Храп <small>いびき</small> いびき	<input type="checkbox"/> Поганий нюх <small>におい</small> においがわからない		
Горло/Рот <small>のど</small> のどの症状			
<input type="checkbox"/> Язик болить <small>した</small> 舌が痛い	<input type="checkbox"/> Біль в горлі <small>のど</small> のどが痛い	<input type="checkbox"/> Кашель <small>せき</small> せき	<input type="checkbox"/> Мокрота <small>たん</small> たん
<input type="checkbox"/> Відчуття чогось в горлі <small>のど</small> のどに何かある感じ	<input type="checkbox"/> Втрата голосу <small>こゑ</small> 声がかわれる		
<input type="checkbox"/> Важко ковтати <small>のみこみ</small> 飲み込みにくい	<input type="checkbox"/> Пухлина на обличчі або шиї <small>かお</small> 顔・頸部(くび)の腫れ		
<input type="checkbox"/> Інше <small>その他</small> その他 _____			
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 _____
Чи була у Вас раніше алергічна реакція на ліки чи їжу та ін.? <small>くすり た のもの で アレルギー が 出 ます か</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 の も の</small> 食べ物 <input type="checkbox"/> Інше <small>た</small> その他 <input type="checkbox"/> Ні <small>いいえ</small> いいえ			
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> いいえ			
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> いいえ			
Ви годуєте груддю на даний момент? <small>じゅにゅうちゅう</small> 授乳中ですか <input type="checkbox"/> Так <small>はい</small> <input type="checkbox"/> Ні <small>いいえ</small> いいえ			
Чи вживаєте алкогольні напої? <small>さけ の</small> お酒を飲みますか	<input type="checkbox"/> Так <small>はい</small> → _____ мл/день <small>ひ</small> ml/日 <input type="checkbox"/> Ні <small>いいえ</small> いいえ		
Курите? <small>す</small> たばこを吸いますか	<input type="checkbox"/> Так <small>はい</small> → _____ шт/день <small>ほん ひ</small> 本/日 <input type="checkbox"/> Ні <small>いいえ</small> いいえ		
Операції у минулому? <small>しじゅつ う</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> いいえ		
Переливання крові в минулому? <small>ゆけつ う</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> いいえ		
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> いいえ		
Чи зможете Ви наступного разу привезти перекладача з собою? <small>こんご つうやく</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> いいえ			