

# 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>くちが渴く</small>
<input type="checkbox"/> Зменшення ваги <small>たいじゆうへ 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>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 持っています</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>とうりょうびょう 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>はいどく 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 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 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 今後、通訳を自分で連れて来ていただけますか</small>			
<input type="checkbox"/> Так <small>はい</small> <input type="checkbox"/> Ні <small>いいえ</small>			