

# НЕЙРОХІРУРГІЯ

のうしんけいげかもんしんひょう  
脳神経外科問診票

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 年

Місяць 月

Число 日

П.І.Б. 名前		<input type="checkbox"/> Ч 男	<input type="checkbox"/> Ж 女
Дата народження 生年月日	_____ Рік 年 _____ Місяць 月 _____ Число 日	Тел 電話	
Адреса 住所			
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"/> Біль в голові 頭が痛い	<input type="checkbox"/> Запамороченняめまい	<input type="checkbox"/> Нудота 吐き気	<input type="checkbox"/> блювота 嘔吐
<input type="checkbox"/> Шум у вухах 耳鳴り	<input type="checkbox"/> Затвердіння плечей 肩こり	<input type="checkbox"/> Оніміння しびれ	<input type="checkbox"/> Тремор 手足のふるえ
<input type="checkbox"/> Часта втрата свідомості 意識がなくなる	<input type="checkbox"/> Погано чути 聞こえにくい		
<input type="checkbox"/> Погано видно 物が見えにくい	<input type="checkbox"/> Складність пересування 歩きにくい		
<input type="checkbox"/> Важко ворухити руками і ногами 手足の動きが悪い	<input type="checkbox"/> Інше その他		
Коли це почалось? それはいつからですか		_____ Рік 年 _____ Місяць 月 _____ Число 日	から
Чи вдаряли Ви голову об що-небудь? 頭をぶつけましたか			
<input type="checkbox"/> Так はい → _____ Рік 年 _____ Місяць 月 _____ Число 日		<input type="checkbox"/> Ні いいえ	
Яка частина голови? どこをぶつけましたか		<input type="checkbox"/> Лоб 前頭部	<input type="checkbox"/> Потилиця 後頭部
		<input type="checkbox"/> Права бокова 右横	<input type="checkbox"/> Ліва бокова 左横
Ви потрапляли в ДТП? 交通事故ですか		<input type="checkbox"/> Так はい <input type="checkbox"/> Ні いいえ	
Для тих, у кого болить голова 頭が痛い方への質問です			
В якій частині болить? どこが痛みますか			
<input type="checkbox"/> Лоб 前頭部	<input type="checkbox"/> Политиця 後頭部	<input type="checkbox"/> Права бокова 右横	<input type="checkbox"/> Ліва бокова 左横
		<input type="checkbox"/> Голова в цілому 頭全体	
Як болить? どのように痛みますか			
<input type="checkbox"/> Глибоко й інтенсивно スキンズキン		<input type="checkbox"/> Ніби гучно барабанить ガンガン	
<input type="checkbox"/> Ніби череп розколюється ガーンと割れるように		<input type="checkbox"/> Стискаючий біль キリキリ	
		<input type="checkbox"/> Колючий біль チクチク	
		<input type="checkbox"/> Інше その他	
В якій частині дня болить найбільше? いつが一番痛いですか			
<input type="checkbox"/> Вранці 朝	<input type="checkbox"/> Вдень 昼	<input type="checkbox"/> Ввечері та вночі 夜	<input type="checkbox"/> Цілодобово 一日中
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 その他		<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 маєте при собі 持っていれば見せてください		<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	

Захворювання в минулому? <small>いま</small> 今までに <small>びょうき</small> かった病氣はありますか	
<input type="checkbox"/> Захворювання шлунка, кишківника <small>いちょう</small> 胃腸の病氣	<input type="checkbox"/> Захворювання печінки <small>かんぞう</small> 肝臟の病氣
<input type="checkbox"/> Захворювання серця <small>しんぞう</small> 心臓の病氣	<input type="checkbox"/> Захворювання нирок <small>じんぞう</small> 腎臟の病氣
<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"/> Захворювання щитовидної залози <small>こうじょうせん</small> 甲状腺の病氣	<input type="checkbox"/> Ппертонія <small>こうけつあつしやう</small> 高血圧症
	<input type="checkbox"/> Сифіліс <small>はいどく</small> 梅毒
	<input type="checkbox"/> Туберкульоз <small>けっかく</small> 結核
	<input type="checkbox"/> СНІД <small>エイズ</small> エイズ
	<input type="checkbox"/> Інше <small>た</small> その他
Чи проходить Ви наразі курс лікування від якоїсь хвороби? <small>げんざいぢりやう</small> 現在治療している病氣はありますか	
	<input type="checkbox"/> Так <small>はい</small> <input type="checkbox"/> Ні <small>いいえ</small>
Чи вживаєте алкогольні напої? <small>さけ</small> お酒を <small>のみ</small> 飲みますか	<input type="checkbox"/> Так <small>はい</small> → _____ <small>ひ</small> мл/день ml/日 <input type="checkbox"/> Ні <small>いいえ</small>
Курите? <small>す</small> たばこを <small>す</small> 吸いますか	<input type="checkbox"/> Так <small>はい</small> → _____ <small>ほん</small> шт/день <small>ひ</small> 本/日 <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"/> Так <small>はい</small> <input type="checkbox"/> Ні <small>いいえ</small>
Ви переносите наркоз? <small>ますい</small> 麻酔をして <small>なに</small> 何か <small>な</small> トラブルがありましたか	<input type="checkbox"/> Ні <small>はい</small> <input type="checkbox"/> Так <small>いいえ</small>
Чи зможете Ви наступного разу привезти перекладача з собою? <small>こんご</small> 今後、 <small>つうやく</small> 通訳を <small>じぶん</small> 自分で <small>つ</small> 連れてくる <small>こと</small> 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>

