

ОРТОПЕДІЯ (Відновлювальна хірургія)

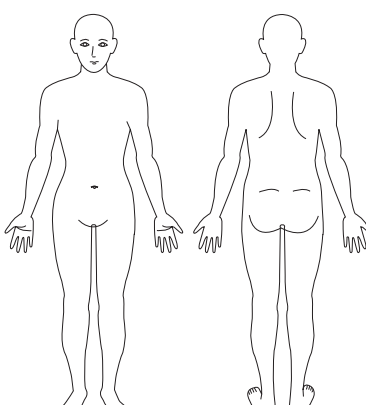
せいけいげ かもんしんひょう
整形外科問診票

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}年 _____ Місяць ^{がつ}月 _____ Число ^{にち}日 _____

П.І.Б. ^{なまえ} 名前			<input type="checkbox"/> Ч ^{おとこ} 男	<input type="checkbox"/> Ж ^{おんな} 女
Дата народження ^{せいねんがらび} 生年月日	Рік ^{ねん} 年 _____	Місяць ^{がつ} 月 _____	Число ^{にち} 日 _____	Тел ^{でんわ} 電話 _____
Адреса ^{じゅうしょ} 住所				
Чи маєте Ви сертифікат страхування здоров'я? ^{けんごうほけん} 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> Так ^{はい} はい		<input type="checkbox"/> Ні ^{いいえ} いいえ	
Національність ^{こくせき} 国籍			Мова ^{ことば} 言葉	

Що з Вами? ^{どうしましたか} どうしましたか	 <p>Обведіть відповідну частину на малюнку ^{しょうじょう}症状のあるところに丸をしてください</p>
<input type="checkbox"/> Висока темп-ра([℃]) ^{ねつ} 熱がある <input type="checkbox"/> Біль ^{いた} 痛み <input type="checkbox"/> Рана ^{けが} けが <input type="checkbox"/> Опік ^{やけど} やけど <input type="checkbox"/> Затвердіння ^{しこり} しこり <input type="checkbox"/> Пухлина ^{はれもの} はれもの <input type="checkbox"/> Свербіж ^{かゆい} かゆい <input type="checkbox"/> Оніміння ^{しびれ} しびれ <input type="checkbox"/> Розтягнення ^{ひねった} ひねった <input type="checkbox"/> Зменшення ваги ^{たいじゅう} 体重が減っている <input type="checkbox"/> Інше ^{その他} その他	
Коли це почалося? ^{それはいつからですか} それはいつからですか	
Рік ^{ねん} 年 _____ Місяць ^{がつ} 月 _____ Число ^{にち} 日 _____	
Чи була у Вас раніше алергічна реакція на ліки чи їжу та ін.? ^{くすり た もの} 薬や食べ物でアレルギーが出ますか	
<input type="checkbox"/> Так ^{はい} はい → <input type="checkbox"/> Ліки ^{くすり} 薬 <input type="checkbox"/> Їжа ^{た もの} 食べ物 <input type="checkbox"/> Інше ^{その他} その他 <input type="checkbox"/> Ні ^{いいえ} いいえ	
Приймаєте якісь ліки на даний момент? ^{げんざいの} 現在飲んでいる薬はありますか	
<input type="checkbox"/> Так ^{はい} はい → Покажіть, будь ласка, якщо маєте при собі ^も 持っていれば見せてください <input type="checkbox"/> Ні ^{いいえ} いいえ	
Ви вагітні чи є у Вас така можливість? ^{にんしん} 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} はい → _____ Місяць ^{かげつ} ヶ月 <input type="checkbox"/> Ні ^{いいえ} いいえ	
Ви годуєте груддю на даний момент? ^{じゅにゅうちゅう} 授乳中ですか	<input type="checkbox"/> Так ^{はい} はい <input type="checkbox"/> Ні ^{いいえ} いいえ
Захворювання в минулому? ^{いま} 今までにかかった病気はありますか	
<input type="checkbox"/> Захворювання шлунка, кишківника ^{いちょう} 胃腸の病気 <input type="checkbox"/> Захворювання печінки ^{かんぞう} 肝臓の病気 <input type="checkbox"/> Захворювання серця ^{しんぞう} 心臓の病気 <input type="checkbox"/> Захворювання нирок ^{しんぞう} 腎臓の病気 <input type="checkbox"/> Туберкульоз ^{けっかく} 結核 <input type="checkbox"/> Діабет ^{とうにょうびょう} 糖尿病 <input type="checkbox"/> Астма ^{ぜんそく} ぜんそく <input type="checkbox"/> Гіпертонія ^{こうけつあつしやう} 高血圧症 <input type="checkbox"/> СНІД ^{エイズ} エイズ <input type="checkbox"/> Захворювання щитовидної залози ^{こうじょうせん} 甲状腺の病気 <input type="checkbox"/> Сифіліс ^{ばいどく} 梅毒 <input type="checkbox"/> Інше ^{その他} その他	
Чи проходить Ви наразі курс лікування від якоїсь хвороби? ^{げんざいちりょう} 現在治療している病気はありますか	<input type="checkbox"/> Так ^{はい} はい <input type="checkbox"/> Ні ^{いいえ} いいえ
Операції у минулому? ^{しゅじゅつ} 手術を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> Так ^{はい} はい <input type="checkbox"/> Ні ^{いいえ} いいえ
Переливання крові в минулому? ^{ゆけつ} 輸血を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> Так ^{はい} はい <input type="checkbox"/> Ні ^{いいえ} いいえ
Як Ви переносите наркоз? ^{ますい} 麻酔をして何かトラブルがありましたか	<input type="checkbox"/> Так ^{はい} はい <input type="checkbox"/> Ні ^{いいえ} いいえ
Чи зможете Ви наступного разу привезти перекладача з собою? ^{こんご} 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 ^{はい} はい <input type="checkbox"/> Ні ^{いいえ} いいえ	