

ПСИХІАТРІЯ

せいしん かもんしんひょう
精神科問診票

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. <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"/> Поганий сон <small>ねむ 眠れない</small>	<input type="checkbox"/> Говорю більше, ніж завичай <small>いつもよりよくしゃべる</small>
<input type="checkbox"/> Неспокій або напади паніки <small>ふあん やパニック発作</small>	
<input type="checkbox"/> Чую голоси, хоча поруч нікого немає <small>まわりの人に声がかかっている</small>	
<input type="checkbox"/> Відчуваю себе пригніченим <small>うつ気分</small>	<input type="checkbox"/> Поганий настрій <small>げんきがでない</small>
<input type="checkbox"/> Відчуваю, що хтось спостерігає за мною <small>人に見られている気がする</small>	<input type="checkbox"/> Занадто збуджений <small>げんきがよすぎる</small>
<input type="checkbox"/> Втрачаю свідомість <small>いしき 意識がなくなる</small>	<input type="checkbox"/> Виникає бажання померти <small>死にたい</small>
<input type="checkbox"/> Легко збуджуюся <small>いそいそ 興奮しやすい</small>	<input type="checkbox"/> Мене примушують до насильства <small>ぼうりやく 暴力をふるう</small>
<input type="checkbox"/> Інше <small>その他</small>	

Коли це по чалось? <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> 日から	
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>た その他</small> <input type="checkbox"/> Ні <small>いいえ</small>	
Ім'я та прізвище супроводжуючої особи <small>つきぞいしや しめい 付添者の氏名</small>	
Ким він Вам доводиться <small>ほんいん かんけい 本人との関係</small> <input type="checkbox"/> член сім'ї <small>かぞく 家族</small> <input type="checkbox"/> друг <small>ゆうじん 友人</small> <input type="checkbox"/> інше <small>た その他</small> → ()	
Хто Вам порекомендував відвідати наш заклад? <small>ほんじつ じゆしん いし 本日の受診はどなたの意志ですか</small>	
<input type="checkbox"/> Ви <small>ほんいん 本人</small> <input type="checkbox"/> член сім'ї <small>かぞく 家族</small> <input type="checkbox"/> друг <small>ゆうじん 友人</small> <input type="checkbox"/> поліція <small>けいさつ 警察</small> <input type="checkbox"/> колега по роботі <small>きんむ さき ひと 勤務先の人</small>	
<input type="checkbox"/> Інше <small>た その他</small> → ()	
Яка мета сьогоднішнього візиту? <small>ほんじつ じゆしん もくてき なん 本日の受診の目的は何ですか</small>	
<input type="checkbox"/> постановка діагнозу <small>しんだん 診断</small> <input type="checkbox"/> отримання медичної довідки <small>しんだんしよ 診断書</small>	
<input type="checkbox"/> лікування <small>ちりょう 治療</small> <input type="checkbox"/> госпіталізація <small>じゅういん 入院</small>	
<input type="checkbox"/> направлення в іншу установу <small>しょうかい 紹介</small> <input type="checkbox"/> отримання висновку іншого спеціаліста <small>せかんどおびнион セカンドオピニオン</small>	
<input type="checkbox"/> Інше <small>た その他</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>がつ 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>	
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> → назва медичного закладу <small>いりょうきかんめい 医療機関名</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 持っているは</small> <input type="checkbox"/> Ні <small>いいえ</small>	

Захворювання в минулому? <small>いま</small> <small>びょうき</small> 今までにかかった病気はありますか	
<input type="checkbox"/> слабоумство <small>にんちしやう</small> <small>認知症</small> <input type="checkbox"/> розлад настрою <small>きふんしやうがい</small> <small>気分障害</small> → <input type="checkbox"/> манія <small>そつびやう</small> <small>躁病</small> <input type="checkbox"/> маніакально-депресивний психоз <small>そつうつびやう</small> <small>躁鬱病</small> <input type="checkbox"/> депресія <small>うつびやう</small> <small>鬱病</small> <input type="checkbox"/> паніка <small>パニック</small> <input type="checkbox"/> розлад особистості <small>パーソナリティー</small> <small>しょうがい</small> <small>障害</small> <input type="checkbox"/> порушення розвитку <small>はつたつしょうがい</small> <small>発達障害</small> <input type="checkbox"/> затримка розумового розвитку <small>せいしんちたい</small> <small>精神遅滞</small> <input type="checkbox"/> шизофренія <small>とうごうしつちやうしやう</small> <small>統合失調症</small> <input type="checkbox"/> епілепсія <small>てんかん</small> <input type="checkbox"/> Інше <small>た</small> <small>その他</small> → () <input type="checkbox"/> СДУГ <small>ちやういけつかん</small> <small>注意欠陥(如)</small> <small>たうせいしょうがい</small> <small>多動性障害</small>	<input type="checkbox"/> алкогольна або наркотична залежність <small>アルกอฮอล์</small> <small>や</small> <small>薬物依存</small> <small>やくぶついぞん</small> <input type="checkbox"/> безсоння <small>ふみんしやう</small> <small>不眠症</small>
Чи зможете Ви наступного разу привезти перекладача з собою? <small>こんご</small> <small>つうやく</small> <small>じぶん</small> <small>つ</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>	