

# ПЕДІАТРІЯ

しょうに かもんしんひょう  
小児科問診票

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. дитини 子どもの名前			<input type="checkbox"/> Ч 男	<input type="checkbox"/> Ж 女
Дата народження 生年月日	Рік 年	Місяць 月	Число 日	Вік 年齢
Адреса 住所			Тел 電話	
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"/> Висока темп-ра( °C) 熱がある <input type="checkbox"/> Біль у горлі 喉が痛い <input type="checkbox"/> Кашель せき <input type="checkbox"/> Судомо けいこ <input type="checkbox"/> Судомо けいこ <input type="checkbox"/> Судомо けいこ <input type="checkbox"/> Млявість(апатія) 元気がない <input type="checkbox"/> Роздратованість 機嫌が悪い <input type="checkbox"/> набряк むくみ <input type="checkbox"/> Біль в голові 頭が痛い <input type="checkbox"/> Біль в животі お腹が痛い <input type="checkbox"/> Біль у грудях 胸が痛い <input type="checkbox"/> висип 発疹 <input type="checkbox"/> Біль в шлунку 胃が痛い <input type="checkbox"/> блювота 嘔吐 <input type="checkbox"/> Відсутній апетит 食欲がない <input type="checkbox"/> Нудота 吐き気 <input type="checkbox"/> Недостатня прибавка у вазі 体重の増加不良 <input type="checkbox"/> Пронос 下痢 <input type="checkbox"/> Криваві випорожнення 血便 <input type="checkbox"/> Дискомфорт при вживанні молока ミルクの飲みが悪い <input type="checkbox"/> Інше その他				
Коли це почалось? それはいつからですか			Рік 年	Місяць 月
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"/> Яйця 卵 <input type="checkbox"/> Молоко 牛乳 <input type="checkbox"/> Інша їжа その他の食べ物 <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				
В якому вигляді дитина може приймати ліки? どんな種類の薬が飲めますか				
<input type="checkbox"/> Рідкі シロップ <input type="checkbox"/> Порошки 粉薬 <input type="checkbox"/> Таблетки або капсули 錠剤またはカプセル				
Як проходили пологи? 出産の時のようす				
Вага дитини _____ g 赤ちゃんの体重	Вік матері _____ 母親の年齢			
<input type="checkbox"/> Нормальні пологи 正常分娩	<input type="checkbox"/> Ненормальні пологи 異常分娩	<input type="checkbox"/> Кесарів розтин 帝王切開		
Щеплення 接種済み予防接種				
<input type="checkbox"/> Ніb (вакцина проти гемофільної інфекції типу 1 b) ヒブ <input type="checkbox"/> пневмококк 肺炎球菌 <input type="checkbox"/> Поліомієліт・ポリオ <input type="checkbox"/> АКДС 三種混合 <input type="checkbox"/> вакцина DPT-IPV 四種混合 <input type="checkbox"/> БЦЖ BCG <input type="checkbox"/> MR (кір, краснуха) 麻疹・風しん混合 <input type="checkbox"/> Вітряна віспа 水ぼうそう <input type="checkbox"/> Свинка ねんげい <input type="checkbox"/> отафук 風邪 <input type="checkbox"/> Японський енцефаліт 日本脳炎 <input type="checkbox"/> Ротавірус  rotaウイルス <input type="checkbox"/> Інше その他				
Захворювання в минулому? 今までにかかった病気はありますか				
<input type="checkbox"/> Краснуха 風しん <input type="checkbox"/> Вітряна віспа 水ぼうそう <input type="checkbox"/> Кір 麻疹 <input type="checkbox"/> Астма ぜんそく <input type="checkbox"/> Свинка ねんげい <input type="checkbox"/> Коклюш 百日ぜき <input type="checkbox"/> Апендицит 虫垂炎 <input type="checkbox"/> Екзантемна хвороба Кавасаки 川崎病 <input type="checkbox"/> Раптова екзантема 突発性発疹 <input type="checkbox"/> Японський енцефаліт 日本脳炎 <input type="checkbox"/> Фебрильні судоми 熱性けいれん <input type="checkbox"/> Інше その他				
Чи проходите Ви наразі курс лікування від якоїсь хвороби? 現在治療している病気はありますか				<input type="checkbox"/> Так はい <input type="checkbox"/> Ні いいえ
Операції у минулому? 手術を受けたことがありますか				<input type="checkbox"/> Так はい <input type="checkbox"/> Ні いいえ
Ви переносите наркоз? 麻酔をして何かトラブルがありましたか				<input type="checkbox"/> Ні はい <input type="checkbox"/> Так いいえ
Чи зможете Ви наступного разу привезти перекладача з собою? 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 <input type="checkbox"/> Ні いいえ				