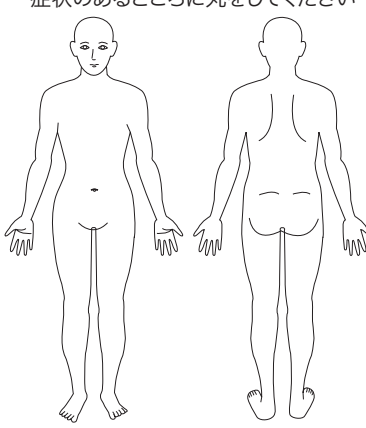


Povjerite sve odgovarajuće odgovore. あてはまるものにチェックしてください

Godina ^{ねん}年 _____ Mjesec ^{がつ}月 _____ Dan ^{にち}日 _____

Prezime i Ime ^{なまえ} 名前			<input type="checkbox"/> Muškarac ^{おとこ} 男	<input type="checkbox"/> Žena ^{おんな} 女
Datum rođenja ^{せいねんがっぴ} 生年月日	_____ Godina ^{ねん} 年 _____ Mjesec ^{がつ} 月 _____ Dan ^{にち} 日	Telefon ^{でんわ} 電話		
Adresa ^{じゅうしょ} 住所				
Imate li zdravstveno osiguranje? ^{けんこうほけんも} 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> Da ^{はい} はい		<input type="checkbox"/> Ne ^{いいえ} いいえ	
Nacionalnost ^{こくせき} 国籍		Jezik ^{ことば} 言葉		

<p>Simptomi ^{どうしましたか} どうしましたか</p> <p><input type="checkbox"/> Groznica (^{ねつ}℃) 熱がある <input type="checkbox"/> Bol ^{いた}痛い <input type="checkbox"/> Svrbež ^{かゆい}かゆい</p> <p><input type="checkbox"/> Opekline ^{やけど} やけど <input type="checkbox"/> Osip ^{ほっしん} 発しん <input type="checkbox"/> Ekcem ^{しっしん} 湿しん</p> <p><input type="checkbox"/> Modrica ^{あざ} あざ <input type="checkbox"/> Madež ^{ほくろ} ほくろ <input type="checkbox"/> Pjega ^{しみ} しみ</p> <p><input type="checkbox"/> Gljivice ^{みずむし} 水虫 <input type="checkbox"/> Gnojenje ^{じくじくしている} じくじくしている <input type="checkbox"/> Drugi ^{その他} その他</p>	<p>Zaokružite na slikama dolje. ^{しょうじょう} 症状のあるところに丸をしてください</p> 		
Od kada imate probleme? ^{それはいつからですか} それはいつからですか			
Od _____ Godine ^{ねん} 年 _____ Mjeseca ^{がつ} 月 _____ Dana ^{にち} 日から			
Da li su se mijenjali simptomi? ^{しょうじょうへんか} その症状は変化していますか	<input type="checkbox"/> Da ^{はい} はい <input type="checkbox"/> Ne ^{いいえ} いいえ		
Da li ste imali alergije od lijeka ili jela? ^{くすり た もの で} 薬や食べ物でアレルギーが出ますか	<input type="checkbox"/> Da ^{はい} はい → <input type="checkbox"/> Lijek ^{くすり} 薬 <input type="checkbox"/> Jelo ^{た もの} 食べ物 <input type="checkbox"/> Drugi ^た その他 <input type="checkbox"/> Ne ^{いいえ} いいえ		
Uzimate li lijek sada? ^{げんざいのくすり} 現在飲んでいる薬はありますか	<input type="checkbox"/> Da ^{はい} はい → Ako imate neki sa sobom pokazite mi to, molim Vas. ^も 持っていれば見せてください <input type="checkbox"/> Ne ^{いいえ} いいえ		
Da li ste u drugom stanju ili postoji li mogućnost trudnoće? ^{にんしん} 妊娠していますか、 ^{かのうせい} またその可能性はありますか	<input type="checkbox"/> Da ^{はい} はい → _____ Mjeseci ^{かげつ} ヶ月 <input type="checkbox"/> Ne ^{いいえ} いいえ		
Dojite li sada dijete? ^{じゅにゅうちゅう} 授乳中ですか	<input type="checkbox"/> Da ^{はい} はい <input type="checkbox"/> Ne ^{いいえ} いいえ		
Kakve ste bolesti imali ranije? ^{いま} 今までにかかった ^{びょうき} 病気はありますか	<input type="checkbox"/> Želučana i crijevna bolest ^{いちょうびょうき} 胃腸の病気 <input type="checkbox"/> Bolest jetre ^{かんぞうびょうき} 肝臓の病気 <input type="checkbox"/> Srčana bolest ^{しんぞうびょうき} 心臓の病気 <input type="checkbox"/> Bubrežna bolest ^{じんぞうびょうき} 腎臓の病気 <input type="checkbox"/> Tuberkuloza ^{けっかく} 結核 <input type="checkbox"/> Šećerna bolest ^{とうりょうびょう} 糖尿病 <input type="checkbox"/> Astma ^{ぜんそく} ぜんそく <input type="checkbox"/> Visoki krvni tlak ^{こうけつあつしやう} 高血圧症 <input type="checkbox"/> SIDA ^{エイズ} エイズ <input type="checkbox"/> Bolest štitne žlijezde ^{ごうじょうせんびょうき} 甲状腺の病気 <input type="checkbox"/> Sifilis ^{はいどく} 梅毒 <input type="checkbox"/> Drugi ^た その他		
Liječite li trenutno bilo koju bolest? ^{げんざいちりやう} 現在治療している ^{びょうき} 病気はありますか	<input type="checkbox"/> Da ^{はい} はい <input type="checkbox"/> Ne ^{いいえ} いいえ		
Da li ste imali operaciju? ^{しゅじゅつ} 手術を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> Da ^{はい} はい <input type="checkbox"/> Ne ^{いいえ} いいえ		
Da li ste imali neki problem s anestezijom? ^{ますい} 麻酔をして ^{なに} 何か ^{なに} トラブルがありましたか	<input type="checkbox"/> Da ^{はい} はい <input type="checkbox"/> Ne ^{いいえ} いいえ		
Možete li sljedeći put sami dovesti prevoditelja? ^{こんご} 今後、 ^{つうやく} 通訳を ^{じぶん} 自分で ^つ 連れてくる ^つ ことができますか	<input type="checkbox"/> Da ^{はい} はい <input type="checkbox"/> Ne ^{いいえ} いいえ		