

OTORINOLARINGOLOGIJA

じ び いんこう か もんしんひょう
耳鼻咽喉科問診票

Hrvatski
クロアチア語

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		

Simptomi ^{どうしましたか} どうしましたか				
<input type="checkbox"/> Temperatura (°C) ^{ねつ} 熱がある		<input type="checkbox"/> Glava mi je teška. ^{あたま おも} 頭が重い		
<input type="checkbox"/> Glavobolja ^{あたま いた} 頭が痛い				
Simptomi u uhu ^{みみ しょうじょう} 耳の症状				
<input type="checkbox"/> Desno ^{みぎ} 右	<input type="checkbox"/> Lijevo ^{ひだり} 左	<input type="checkbox"/> Oba ^{りょうほう} 両方	<input type="checkbox"/> Bol u uhu ^{みみ いた} 耳が痛い	
<input type="checkbox"/> Iscjedak iz uha ^{みみ だれ} 耳だれ	<input type="checkbox"/> Šum u ušima ^{みみ なり} 耳なり	<input type="checkbox"/> Cerumen (Ušni vosak) ^{みみ あか} 耳あか	<input type="checkbox"/> Vrtoglavica ^{めまい} めまい	
<input type="checkbox"/> Teškoća sluha ^{きこえ が 悪い} 聞こえが悪い	<input type="checkbox"/> Začepljenje uši ^{みみ が ふさがった 感じ} 耳がふさがった感じ			
Simptomi u nosu ^{はな しょうじょう} 鼻の症状				
<input type="checkbox"/> Začepljen nos ^{はな が つまる} 鼻がつまる	<input type="checkbox"/> Iscjedak ^{はな} 鼻がでる	<input type="checkbox"/> Kihanje ^{くしゃみ} くしゃみ	<input type="checkbox"/> Krvarenje ^{はな ち} 鼻血	
<input type="checkbox"/> Hrcanje ^{いびき} いびき	<input type="checkbox"/> Poremećen osjet mirisa ^{におい が わからない} においがわからない			
Simptomi u grlu ^{のど しょうじょう} のどの症状				
<input type="checkbox"/> Bol u jeziku ^{した いた} 舌が痛い	<input type="checkbox"/> Bol u grlu ^{のど が いた} のどが痛い	<input type="checkbox"/> Kašalj ^{せき} せき	<input type="checkbox"/> Iskašljavanje ^{たん} たん	
<input type="checkbox"/> Osjećaj kao da nešto ima u grlu ^{のど に 何か がある 感じ} のどに何かがある感じ	<input type="checkbox"/> Promuklost ^{こえ が かれる} 声がかれる			
<input type="checkbox"/> Teškoća gutanja ^{のこ 飲み にくい} 飲み込みにくい	<input type="checkbox"/> Oteklina lica/grla ^{かお けいぶ (くび) の 腫れ} 顔・頸部(くび)の腫れ			
<input type="checkbox"/> Drugi ^{その他} その他				
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 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 ^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、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
Da li pijete? ^{さけ の} お酒を飲みますか		<input type="checkbox"/> Da ^{はい} はい → _____ ml/dnevno ^ひ ml/日	<input type="checkbox"/> Ne ^{いいえ} いいえ	
Da li pušite? ^す たばこを吸いますか		<input type="checkbox"/> Da ^{はい} はい → _____ komada/dnevno ^{ほん ひ} 本/日	<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 dobili transfuziju krvi? ^{ゆけつ} 輸血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} 麻酔をして何か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 つうやく じぶん} 今後、通訳を自分で連れてくることができますか				
<input type="checkbox"/> Da ^{はい} はい		<input type="checkbox"/> Ne ^{いいえ} いいえ		