

OPĆA MEDICINA

ない か もんしんひょう
内科問診票

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} 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"/> Groznica (^{ねつ} °C) 熱がある	<input type="checkbox"/> Bol u grlu ^{いた} のどが痛い
<input type="checkbox"/> Bol u prsima ^{むね} 胸が痛い	<input type="checkbox"/> Osip ^{ほっ} 発疹
<input type="checkbox"/> Otekline ^{むくみ} むくみ	<input type="checkbox"/> Vrtoglavica ^{めまい} めまい
<input type="checkbox"/> Bol u želucu ^い 胃が痛い	<input type="checkbox"/> Visoki krvni tlak ^{こうけつあつ} 高血圧
<input type="checkbox"/> Smanjenje težine ^{たいしじゅう} 体重が減っている	<input type="checkbox"/> Trnci ^{しびれ} しびれ
<input type="checkbox"/> Gubitak apetita ^{しょくよく} 食欲がない	<input type="checkbox"/> Napuhnut trbuh ^{なか} お腹が張る
<input type="checkbox"/> Krvava stolica ^{けつべん} 血便	<input type="checkbox"/> Mučnina ^{はげ} 吐き気
<input type="checkbox"/> Povraćanje ^{おうと} 嘔吐	<input type="checkbox"/> Laki zamor ^{つか} 疲れやすい
<input type="checkbox"/> Tupoca ^{だるい} だるい	<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} 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} 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、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"/> Bubrežna bolest ^{じんぞうびょうき} 腎臓の病気	<input type="checkbox"/> Šećerna bolest ^{とうりょうびょう} 糖尿病
<input type="checkbox"/> Tuberkuloza ^{けっかく} 結核	<input type="checkbox"/> Srčana bolest ^{しんぞうびょうき} 心臓の病気
<input type="checkbox"/> Visoki krvni tlak ^{こうけつあつしょう} 高血圧症	<input type="checkbox"/> Astma ^{ぜんそく} ぜんそく
<input type="checkbox"/> Sifilis ^{はいどく} 梅毒	<input type="checkbox"/> Bolest štitne žlijezde ^{こうじょうせん} 甲状腺の病気
<input type="checkbox"/> Drugi ^た その他	
Liječite li trenutno bilo koju bolest? ^{げんざい} 現在治療している病気はありますか	
<input type="checkbox"/> Da ^{はい} はい <input type="checkbox"/> Ne ^{いいえ} いいえ	
Da li ste imali operaciju? ^{しゆじゆつ} 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 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	
Možete li sljedeći put sami dovesti prevoditelja? ^{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"/> Da ^{はい} はい <input type="checkbox"/> Ne ^{いいえ} いいえ	