

ХИРУРГИЯ

げ かもんしんひょう
外科問診票

русский язык

ロシア語

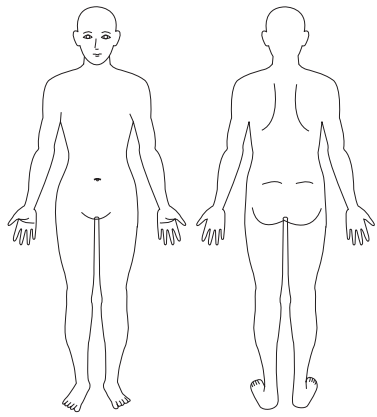
Пометьте , пожалуйста, все подходящие пункты аてはまるものにチェックしてください

ねん
 Год

がつ
 Месяц

にち
 Число

| | | | | |
|--|--------------------------------|---------------|----------------------------------|------------------------------|
| Ф.и.о. 名前 | | | <input type="checkbox"/> М 男 | <input type="checkbox"/> Ж 女 |
| Дата рождения 生年月日 | _____ Год 年 | _____ Месяц 月 | _____ Число 日 | Тел 電話 |
| Адрес 住所 | | | | |
| Имеете ли сертификат страхования здоровья? 健康保険を持っていますか? | <input type="checkbox"/> Да はい | | <input type="checkbox"/> Нет いいえ | |
| Национальность 国籍 | | | Язык 言葉 | |

| | |
|---|--|
| Что с Вами? どうしましたか |  <p>Обведите соответствующую часть на рисунке 症状のあるところに丸をしてください</p> |
| <input type="checkbox"/> Высокая темп-ра(°C) 熱がある <input type="checkbox"/> Рана けが <input type="checkbox"/> Онемение しびれ <input type="checkbox"/> Зуд かゆい <input type="checkbox"/> Геморрой 痔 <input type="checkbox"/> Гортань(щитовидная железа) のど(甲状腺) <input type="checkbox"/> прободение(грыжа) 脱腸(ヘルニア) <input type="checkbox"/> шея 首 <input type="checkbox"/> Желудок 胃 <input type="checkbox"/> Боль в животе お腹が痛い <input type="checkbox"/> Затвердения しこり <input type="checkbox"/> Уменьшение веса 体重が減っている <input type="checkbox"/> Опухоль 腫れ <input type="checkbox"/> Прочее その他 <input type="checkbox"/> легкое 肺 <input type="checkbox"/> Пупок へそ <input type="checkbox"/> грудь 乳房 <input type="checkbox"/> кишечник 腸 | |
| Когда это началось? それはいつからですか | |
| _____ Год 年 _____ Месяц 月 _____ Число 日から | |
| У Вас раньше была аллергическая реакция на лекарства или пищу и пр? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか | |
| <input type="checkbox"/> Да はい → <input type="checkbox"/> Лекарства 薬 <input type="checkbox"/> Пища 食べ物 <input type="checkbox"/> Прочее その他 <input type="checkbox"/> Нет いいえ | |
| Какие-либо лекарства сейчас принимаете? 現在飲んでいる薬はありますか | |
| <input type="checkbox"/> Да はい → Покажите, пожалуйста, если есть сейчас 持っていれば見せてください <input type="checkbox"/> Нет いいえ | |
| Вы беременны или есть такая возможность? 妊娠していますか、またその可能性はありますか | |
| <input type="checkbox"/> Да はい → _____ Месяц ヶ月 <input type="checkbox"/> Нет いいえ | |
| Вы кормите грудью в данный момент? 授乳中ですか | <input type="checkbox"/> Да はい <input type="checkbox"/> Нет いいえ |
| Заболевания в прошлом? 今までにかかった病気はありますか | |
| <input type="checkbox"/> Заболевания желудка, кишечника 胃腸の病気 <input type="checkbox"/> Заболевания сердца 心臓の病気 <input type="checkbox"/> Диабет 糖尿病 <input type="checkbox"/> Заболевания щитовидной железы 甲状腺の病気 <input type="checkbox"/> Заболевания печени 肝臓の病気 <input type="checkbox"/> Заболевания почек 腎臓の病気 <input type="checkbox"/> Астма ぜんそく <input type="checkbox"/> Сифилис 梅毒 <input type="checkbox"/> Туберкулез 結核 <input type="checkbox"/> Гипертония 高血圧症 <input type="checkbox"/> СПИД エイズ <input type="checkbox"/> Прочее その他 | |
| Проходите ли вы курс лечения от какой либо болезни в настоящий момент? 現在治療している病気はありますか | <input type="checkbox"/> Да はい <input type="checkbox"/> Нет いいえ |
| Операции в прошлом? 手術を受けたことがありますか | <input type="checkbox"/> Да はい <input type="checkbox"/> Нет いいえ |
| Переливание крови в прошлом? 輸血を受けたことがありますか | <input type="checkbox"/> Да はい <input type="checkbox"/> Нет いいえ |
| Как вы переносите наркоз? 麻酔をして何かトラブルがありましたか | <input type="checkbox"/> Да はい <input type="checkbox"/> Нет いいえ |
| Только для тех, кто имеет рекомендательное письмо других врачей/больниц. 紹介状のある方だけ書いてください | |
| Имеете ли рентгеновские снимки? レントゲンフィルムを持っていますか | <input type="checkbox"/> Да はい <input type="checkbox"/> Нет いいえ |
| Имеете ли результат эндоскопического исследования? 内視鏡フィルムを持っていますか | <input type="checkbox"/> Да はい <input type="checkbox"/> Нет いいえ |

Сможете ли Вы в следующий раз привезти переводчика с собой? こんご つうやく しぶん つ 今後、通訳を自分で連れてくることができますか

Да はい

Нет いいえ

〈2/2ページ〉