

# ДЕРМАТОЛОГИЯ

ひ ふ か もんしんひょう  
皮膚科問診票

русский язык

ロシア語

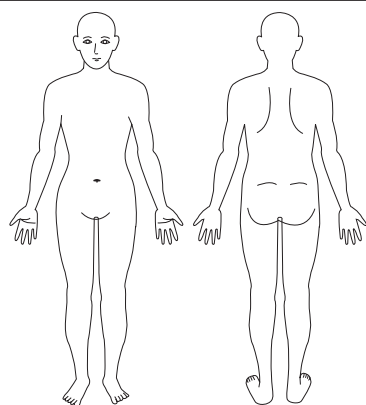
Пометьте  , пожалуйста, все подходящие пункты あてはまるものにチェックしてください

Год ねん 年

Месяц がつ 月

Число にち 日

Ф.и.о. <small>なまえ</small> 名前			<input type="checkbox"/> М <small>おとこ</small> 男	<input type="checkbox"/> Ж <small>おんな</small> 女
Дата рождения <small>せいねんがっぴ</small> 生年月日	_____ Год <small>ねん</small> 年 _____	_____ Месяц <small>がつ</small> 月 _____	_____ Число <small>にち</small> 日	Тел <small>でんわ</small> 電話 _____
Адрес <small>じゅうしょ</small> 住所				
Имеете ли сертификат страхования здоровья? <small>けんこうほけん</small> 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> Да <small>はい</small>		<input type="checkbox"/> Нет <small>いいえ</small>	
Национальность <small>こくせき</small> 国籍			Язык <small>ことば</small> 言葉 _____	

Что с Вами? <small>どうしましたか</small>	 <p>Обведите соответствующую часть на рисунке <small>しょうじょう</small> 症状のあるところ <small>まる</small> 丸をしてください</p>
<input type="checkbox"/> Высокая темп-ра( <small>ねつ</small> °C) 熱がある <input type="checkbox"/> Боль <small>いた</small> 痛い <input type="checkbox"/> Зуд <small>かゆい</small> 痒い <input type="checkbox"/> Ожог <small>やけど</small> 火傷 <input type="checkbox"/> Сыпь <small>ほっしん</small> 発疹 <input type="checkbox"/> Экзема <small>しっしん</small> 湿疹 <input type="checkbox"/> Синяк <small>あざ</small> 瘀傷 <input type="checkbox"/> Родинка <small>ほくろ</small> 痣 <input type="checkbox"/> Пятнышко <small>しみ</small> しみ <input type="checkbox"/> Грибок <small>みずむし</small> 水虫 <input type="checkbox"/> Гноится <small>じくじく</small> じくじくしている <input type="checkbox"/> Прочее <small>その他</small> その他	
Когда это началось? <small>それはいつからですか</small>	
_____ Год <small>ねん</small> 年 _____ Месяц <small>がつ</small> 月 _____ Число <small>にち</small> 日から	
Изменились ли симптомы? <small>しょうじょう</small> 症状は変化していますか	
<input type="checkbox"/> Да <small>はい</small> <input type="checkbox"/> Нет <small>いいえ</small>	
У Вас раньше была аллергическая реакция на лекарства или пищу и пр? <small>くすり た のもの</small> 薬や食べ物でアレルギーが出ますか	
<input type="checkbox"/> Да <small>はい</small> → <input type="checkbox"/> Лекарства <small>くすり</small> 薬 <input type="checkbox"/> Пища <small>た のもの</small> 食べ物 <input type="checkbox"/> Прочее <small>その他</small> <input type="checkbox"/> Нет <small>いいえ</small>	
Какие-либо лекарства сейчас принимаете? <small>げんざい</small> 現在飲んでいる薬はありますか	
<input type="checkbox"/> Да <small>はい</small> → Покажите, пожалуйста, если есть сейчас <small>も</small> 持っていれば見せてください <input type="checkbox"/> Нет <small>いいえ</small>	
Вы беременны или есть такая возможность? <small>にんしん</small> 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 <small>はい</small> → _____ Месяц <small>かげつ</small> ヶ月 <input type="checkbox"/> Нет <small>いいえ</small>	
Вы кормите грудью в данный момент? <small>じゆじゆうちゆう</small> 授乳中ですか	<input type="checkbox"/> Да <small>はい</small> <input type="checkbox"/> Нет <small>いいえ</small>
Заболевания в прошлом? <small>いま</small> 今までにかった病気はありますか	
<input type="checkbox"/> Заболевания желудка, кишечника <small>いちょう</small> 胃腸の病気 <input type="checkbox"/> Заболевания печени <small>かんぞう</small> 肝臓の病気 <input type="checkbox"/> Заболевания сердца <small>しんぞう</small> 心臓の病気 <input type="checkbox"/> Заболевания почек <small>しんぞう</small> 腎臓の病気 <input type="checkbox"/> Туберкулез <small>けっかく</small> 結核 <input type="checkbox"/> Диабет <small>とうにょうびょう</small> 糖尿病 <input type="checkbox"/> Астма <small>ぜんそく</small> ぜんそく <input type="checkbox"/> Гипертония <small>こうけつあつしやう</small> 高血圧症 <input type="checkbox"/> СПИД <small>エイズ</small> エイズ <input type="checkbox"/> Заболевания щитовидной железы <small>こうじょうせん</small> 甲状腺の病気 <input type="checkbox"/> Сифилис <small>はいどく</small> 梅毒 <input type="checkbox"/> Прочее <small>その他</small> その他	
Проходите ли вы курс лечения от какой либо болезни в настоящий момент? <small>げんざい</small> 現在治療している病気はありますか	<input type="checkbox"/> Да <small>はい</small> <input type="checkbox"/> Нет <small>いいえ</small>
Операции в прошлом? <small>しゆじゆつ</small> 手術を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> Да <small>はい</small> <input type="checkbox"/> Нет <small>いいえ</small>
Как вы переносите наркоз? <small>ますい</small> 麻酔をして何か <small>なに</small> トラブルがありましたか	<input type="checkbox"/> Да <small>はい</small> <input type="checkbox"/> Нет <small>いいえ</small>
Сможете ли Вы в следующий раз привезти переводчика с собой? <small>こんご</small> 今後、 <small>つうやく</small> 通訳を自分 <small>じぶん</small> で連れてくることができますか	<input type="checkbox"/> Да <small>はい</small> <input type="checkbox"/> Нет <small>いいえ</small>