

НЕЙРОХИРУРГИЯ

のうしんけいげ かもんしんひょう
脳神経外科問診票

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

Год ^{ねん}

Месяц ^{がつ}

Число ^{にち}

Ф.и.о. ^{なまえ} 名前		<input type="checkbox"/> М ^{おとこ} 男	<input type="checkbox"/> Ж ^{おんな} 女
Дата рождения ^{せいねんがっぴ} 生年月日	_____ Год ^{ねん} _____ Месяц ^{がつ} _____ Число ^{にち}	Тел ^{でんわ} 電話	
Адрес ^{じゅうしょ} 住所			
Имеете ли сертификат страхования здоровья? ^{けんこうほけん} 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 ^{こくせき} 国籍		Язык ^{ことば} 言葉	

Что с Вами? どうしましたか			
<input type="checkbox"/> Боль в голове ^{あたま} 頭が痛い	<input type="checkbox"/> Головокружение ^{めまい}	<input type="checkbox"/> Тошнота ^{はげ} 吐き気	<input type="checkbox"/> Рвота ^{おうと} 嘔吐
<input type="checkbox"/> Шум в ушах ^{みみ} 耳鳴り	<input type="checkbox"/> Ригидность плеч ^{かた} 肩こり	<input type="checkbox"/> Онемение ^{しびれ}	<input type="checkbox"/> Дрожание рук, ног, тела ^{てあし} 手足のふるえ
<input type="checkbox"/> Частая потеря сознания ^{いしき} 意識がなくなる		<input type="checkbox"/> Плохо слышно ^{きこえ} 聞こえにくい	
<input type="checkbox"/> Плохо видно ^{もの} 物が見えにくい		<input type="checkbox"/> Трудность в ходьбе ^{ある} 歩きにくい	
<input type="checkbox"/> Затрудненность движения рук и ног ^{てあし} 手足の動きが悪い		<input type="checkbox"/> Прочее ^{その他}	
Когда это началось? ^{それはいつからですか}	_____ Год ^{ねん} _____ Месяц ^{がつ} _____ Число ^{にち} 日から		
Ударяли голову обо что-нибудь? ^{あたま} 頭をぶつきましたか			
<input type="checkbox"/> Да ^{はい} → _____ Год ^{ねん} _____ Месяц ^{がつ} _____ Число ^{にち}	<input type="checkbox"/> Нет ^{いいえ}		
Какая часть головы? ^{どこをぶつきましたか}	<input type="checkbox"/> Лоб ^{ぜんどうぶ} 前頭部	<input type="checkbox"/> Затылок ^{こうどうぶ} 後頭部	<input type="checkbox"/> Правая боковая ^{みぎよこ} 右横 <input type="checkbox"/> Левая боковая ^{ひだりよこ} 左横
Вы попали в аварию? ^{こうつうじこ} 交通事故ですか	<input type="checkbox"/> Да ^{はい} <input type="checkbox"/> Нет ^{いいえ}		
Для тех у кого болит голова ^{あたま} 頭が痛い方への質問です			
В какой части больно? ^{どこが} 痛みますか			
<input type="checkbox"/> Лоб ^{ぜんどうぶ} 前頭部	<input type="checkbox"/> Затылок ^{こうどうぶ} 後頭部	<input type="checkbox"/> Правая боковая ^{みぎよこ} 右横	<input type="checkbox"/> Левая боковая ^{ひだりよこ} 左横 <input type="checkbox"/> Голова в целом ^{あたまぜんたい} 頭全体
Как болит? ^{どのように} 痛みますか			
<input type="checkbox"/> Глубоко и интенсивно ^{ズキンズキン}	<input type="checkbox"/> Будто барабанит громко ^{ガンガン}	<input type="checkbox"/> Сжимающая боль ^{キリキリ}	
<input type="checkbox"/> Как будто череп раскалывается ^{ガンと割れるように}	<input type="checkbox"/> Колющая боль ^{チクチク}	<input type="checkbox"/> Прочее ^{その他}	
В какое время суток наиболее болит? ^{いつが一番} 痛いですか			
<input type="checkbox"/> Утром ^{あさ} 朝	<input type="checkbox"/> Днем ^{ひる} 昼	<input type="checkbox"/> Вечером и ночью ^{よる} 夜	<input type="checkbox"/> Целые сутки ^{いちにち} 一日中
У Вас раньше была аллергическая реакция на лекарства или пищу и пр? ^{くすり} 薬や ^た 食べ物で ^{もの} アレルギーが ^で 出ますか			
<input type="checkbox"/> Да ^{はい} → <input type="checkbox"/> Лекарства ^{くすり} 薬	<input type="checkbox"/> Пища ^た 食べ物	<input type="checkbox"/> Прочее ^た その他	<input type="checkbox"/> Нет ^{いいえ}
Какие-либо лекарства сейчас принимаете? ^{げんざい} 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 ^も 持っていれば ^み 見せてください	<input type="checkbox"/> Нет ^{いいえ}		
Вы беременны или есть такая возможность? ^{にんしん} 妊娠していますか、またその ^{かのうせい} 可能性はありますか			
<input type="checkbox"/> Да ^{はい} → _____ Месяц ^{かげつ} 月	<input type="checkbox"/> Нет ^{いいえ}		
Вы кормите грудью в данный момент? ^{じゅにゅうちゅう} 授乳中ですか	<input type="checkbox"/> Да ^{はい} <input type="checkbox"/> Нет ^{いいえ}		



現在にかかっている病気はありますか <input type="checkbox"/> 胃腸の病気 <input type="checkbox"/> 腎臓の病気 <input type="checkbox"/> 肝臓の病気 <input type="checkbox"/> 心臓の病気 <input type="checkbox"/> 腎臓の病気 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> アстма <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> СПИД <input type="checkbox"/> エイズ <input type="checkbox"/> 甲状腺の病気 <input type="checkbox"/> シフィリス <input type="checkbox"/> 梅毒 <input type="checkbox"/> Прочее <input type="checkbox"/> その他		
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		
酒を飲みますか <input type="checkbox"/> Да はい → _____ ml/日 <input type="checkbox"/> Нет いいえ	喫煙しますか <input type="checkbox"/> Да はい → _____ 本/日 <input type="checkbox"/> Нет いいえ	
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		
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		
今後、通訳を自分で連れてくることはできますか <input type="checkbox"/> Да はい <input type="checkbox"/> Нет いいえ		