

# ОРТОПЕДИЯ (Восстановительная хирургия)

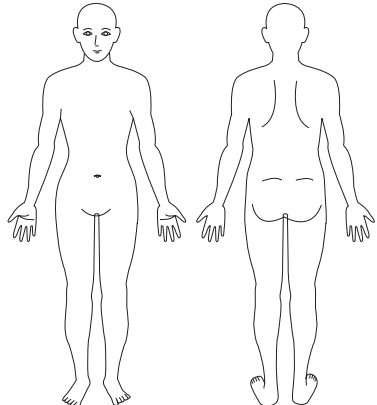
せいけいげかもんしんひょう  
整形外科問診票

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

ねん 年      がつ 月      にち 日  
 Год      Месяц      Число

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

Что с Вами? <small>どうしましたか</small>	 <p>Обведите соответствующую часть на рисунке <small>しょうじょうまるまる 症状のあるところに丸をしてください</small></p>
<input type="checkbox"/> Высокая темп-ра (°C) <small>ねつがある 熱がある</small> <input type="checkbox"/> Боль <small>いた 痛み</small> <input type="checkbox"/> Рана <small>けが</small> <input type="checkbox"/> Ожог <small>やけど</small> <input type="checkbox"/> Затвердения <small>しこり</small> <input type="checkbox"/> Опухоль <small>はれもの</small> <input type="checkbox"/> Зуд <small>かゆい</small> <input type="checkbox"/> Онемение <small>しびれ</small> <input type="checkbox"/> Растяжение <small>ひねった</small> <input type="checkbox"/> Уменьшение веса <small>たいじゅうへ 体重が減っている</small> <input type="checkbox"/> Прочее <small>その他</small>	
Когда это началось? <small>それはいつからですか</small>	
_____ Год <small>ねん 年</small> _____ Месяц <small>がつ 月</small> _____ Число <small>にち 日</small> _____ 日から	
У Вас раньше была аллергическая реакция на лекарства или пищу и пр? <small>くすり たの もの で 薬や食べ物でアレルギーが出ますか</small>	
<input type="checkbox"/> Да <small>はい</small> → <input type="checkbox"/> Лекарства <small>くすり 薬</small> <input type="checkbox"/> Пища <small>たの もの 食べ物</small> <input type="checkbox"/> Прочее <small>その他</small> <input type="checkbox"/> Нет <small>いいえ</small>	
Какие-либо лекарства сейчас принимаете? <small>げんざいの くすり 現在飲んでいる薬はありますか</small>	
<input type="checkbox"/> Да <small>はい</small> → Покажите, пожалуйста, если есть сейчас <small>も み 持っていれば見せてください</small> <input type="checkbox"/> Нет <small>いいえ</small>	
Вы беременны или есть такая возможность? <small>にんしん かのうせい 妊娠していますか、またその可能性はありますか</small>	
<input type="checkbox"/> Да <small>はい</small> → _____ Месяц <small>がつ 月</small> <input type="checkbox"/> Нет <small>いいえ</small>	
Вы кормите грудью в данный момент? <small>じゆにゅうちゆう 授乳中ですか</small>	<input type="checkbox"/> Да <small>はい</small> <input type="checkbox"/> Нет <small>いいえ</small>
Заболевания в прошлом? <small>いま びょうき 今までにかかった病気はありますか</small>	
<input type="checkbox"/> Заболевания желудка, кишечника <small>いちょう びょうき 胃腸の病気</small> <input type="checkbox"/> Заболевания печени <small>かんぞう びょうき 肝臓の病気</small> <input type="checkbox"/> Заболевания сердца <small>しんぞう びょうき 心臓の病気</small> <input type="checkbox"/> Заболевания почек <small>じんぞう びょうき 腎臓の病気</small> <input type="checkbox"/> Туберкулез <small>けっかく 結核</small> <input type="checkbox"/> Диабет <small>とうにょうびょう 糖尿病</small> <input type="checkbox"/> Астма <small>ぜんそく</small> <input type="checkbox"/> Гипертония <small>こうけつあつしやう 高血圧症</small> <input type="checkbox"/> СПИД <small>エイズ</small> <input type="checkbox"/> Заболевания щитовидной железы <small>こうじょうせん びょうき 甲状腺の病気</small> <input type="checkbox"/> Сифилис <small>はいどく 梅毒</small> <input type="checkbox"/> Прочее <small>その他</small>	
Проходите ли вы курс лечения от какой либо болезни в настоящий момент? <small>げんざいちりやう びょうき 現在治療している病気はありますか</small>	<input type="checkbox"/> Да <small>はい</small> <input type="checkbox"/> Нет <small>いいえ</small>
Операции в прошлом? <small>しじゆつ 手術を受けたことがありますか</small>	<input type="checkbox"/> Да <small>はい</small> <input type="checkbox"/> Нет <small>いいえ</small>
Переливание крови в прошлом? <small>ゆけつ 輸血を受けたことがありますか</small>	<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 なに 麻酔をして何かトラブルがありましたか</small>	<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 つらやく じぶん つ 今後、通訳を自分で連れてくることができますか</small>	
<input type="checkbox"/> Да <small>はい</small> <input type="checkbox"/> Нет <small>いいえ</small>	