

ОФТАЛЬМОЛОГИЯ

がんかもんしんひょう
眼科問診票

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
年

がつ
月

にち
日

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 медицинскую страховку? 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	

Какие симптомы у Вас имеются? どうしましたか

Правый глаз 右眼 Левый глаз 左眼 Оба 両眼 Слезы 涙が出る

Боль 痛い Флектена 目に Нарыв はれもの

Ощущение инородного тела ゴロゴロする Плохо видно 見えにくい

Двоится в глазах 物が二重に見える Ослепляет まぶしい Прочее その他

Когда это началось? それはいつからですか

_____ Год 年 _____ Месяц 月 _____ Число 日から

Имеется ли у Вас лекарственная и пищевая аллергия? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか

Да はい → Лекарства 薬 Пища 食べ物 Прочее その他 Нет いいえ

Принимаете ли на данный момент какие-либо лекарства? 現在飲んでる薬はありますか

Да はい → Если имеются с собой, покажите пожалуйста 持っていれば見せてください Нет いいえ

Вы беременны либо имеется такая вероятность? 妊娠していますか、またその可能性はありますか

Да はい → _____ Месяц 月 Нет いいえ

Кормите ли грудью в данный момент? 授乳中ですか

Да はい 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

Да はい Нет いいえ

Прежние заболевания 今までにかかった病気はありますか

Заболевания желудка, кишечника 胃腸の病気 Заболевания печени 肝臓の病気

Заболевания сердца 心臓の病気 Заболевания почек 腎臓の病気 Туберкулез 結核

Диабет 糖尿病 Астма ぜんそく Гипертония 高血圧症 СПИД エイズ

Заболевания щитовидной железы 甲状腺の病気 Сифилис 梅毒 Прочее その他

Проходите ли 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

Да はい Нет いいえ

В семье есть больные глазными болезнями? 家族で目の病気の人がありますか

Да いる → Кто? 誰が _____ Какие болезни? それはどんな病気ですか _____

Нет いない

Сможете ли Вы в следующий раз придти с переводчиком? 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

