

# ХИРУРГИЯ

げ か もんしんひょう  
外科問診票

русский язык

ロシア語

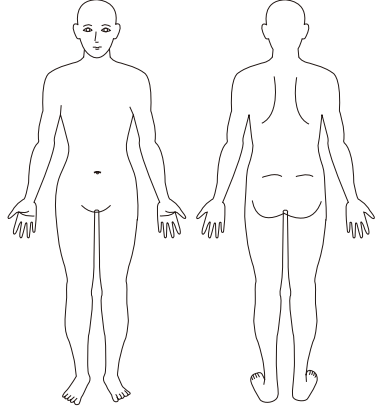
Пометьте , пожалуйста, все подходящие пункты аてはまるものにチェックしてください

ねん  
Год 年

がつ  
Месяц 月

にち  
Число 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	

<p>Какие симптомы у Вас имеются? どうしましたか</p> <p><input type="checkbox"/> Высокая темп-ра( °C) 熱がある</p> <p><input type="checkbox"/> Рана けが</p> <p><input type="checkbox"/> Онемение しびれ</p> <p><input type="checkbox"/> Зуд かゆい</p> <p><input type="checkbox"/> Геморрой 痔</p> <p><input type="checkbox"/> гортань(щитовидная железа) のど(甲状腺)</p> <p><input type="checkbox"/> прободение(грыжа) 脱腸(ヘルニア)</p> <p><input type="checkbox"/> шея 首</p> <p><input type="checkbox"/> Желудок 胃</p>	<p><input type="checkbox"/> Боль в животе お腹が痛い</p> <p><input type="checkbox"/> Затвердения しこり</p> <p><input type="checkbox"/> Уменьшение веса 体重が減っている</p> <p><input type="checkbox"/> Опухоль 腫れ</p> <p><input type="checkbox"/> Прочее その他</p> <p><input type="checkbox"/> легкое 肺</p> <p><input type="checkbox"/> Пупок へそ</p> <p><input type="checkbox"/> грудь 乳房</p> <p><input type="checkbox"/> кишечник 腸</p>	 <p>Обведите соответствующую часть на рисунке 症状のあるところに丸をしてください</p>
<p>Когда это началось? それはいつからですか</p> <p>_____ Год 年 _____ Месяц 月 _____ Число 日から</p>		
<p>Имеется ли у Вас лекарственная и пищевая аллергия? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか</p> <p><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</p>		
<p>Принимаете ли на данный момент какие-либо лекарства? 現在飲んでいる薬はありますか</p> <p><input type="checkbox"/> Да はい → Если имеются с собой, покажите пожалуйста 持っていれば見せてください <input type="checkbox"/> Нет いいえ</p>		
<p>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</p> <p><input type="checkbox"/> Да はい → _____ Месяц беременности ヶ月 <input type="checkbox"/> Нет いいえ</p>		
<p>Кормите ли грудью в данный момент? 授乳中ですか</p>		<p><input type="checkbox"/> Да はい <input type="checkbox"/> Нет いいえ</p>
<p>Прежние заболевания 今までにかかった病気はありますか</p> <p><input type="checkbox"/> Заболевания желудка, кишечника 胃腸の病気</p> <p><input type="checkbox"/> Заболевания сердца 心臓の病気</p> <p><input type="checkbox"/> Диабет 糖尿病</p> <p><input type="checkbox"/> Заболевания щитовидной железы 甲状腺の病気</p> <p><input type="checkbox"/> Заболевания печени 肝臓の病気</p> <p><input type="checkbox"/> Заболевания почек 腎臓の病気</p> <p><input type="checkbox"/> Гипертония 高血圧症</p> <p><input type="checkbox"/> Сифилис 梅毒</p> <p><input type="checkbox"/> Туберкулез 結核</p> <p><input type="checkbox"/> СПИД エイズ</p> <p><input type="checkbox"/> Прочее その他</p>		
<p>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</p>		<p><input type="checkbox"/> Да はい <input type="checkbox"/> Нет いいえ</p>
<p>Переносили ли Вы операции ранее? 手術を受けたことがありますか</p>		<p><input type="checkbox"/> Да はい <input type="checkbox"/> Нет いいえ</p>
<p>Проходили ли Вы переливание крови ранее? 輸血を受けたことがありますか</p>		<p><input type="checkbox"/> Да はい <input type="checkbox"/> Нет いいえ</p>
<p>Как вы переносите наркоз? 麻酔をして何かトラブルがありましたか</p>		<p><input type="checkbox"/> Да はい <input type="checkbox"/> Нет いいえ</p>
<p>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</p>		
<p>Имеете ли рентгеновские снимки? レントゲンフィルムを持っていますか</p>		<p><input type="checkbox"/> Да はい <input type="checkbox"/> Нет いいえ</p>
<p>Имеете ли результат эндоскопического исследования? 内視鏡フィルムを持っていますか</p>		<p><input type="checkbox"/> Да はい <input type="checkbox"/> Нет いいえ</p>

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

〈2/2ページ〉