

# ДЕРМАТОЛОГИЯ

ひふ かもんしんひょう  
皮膚科問診票

русский язык

ロシア語

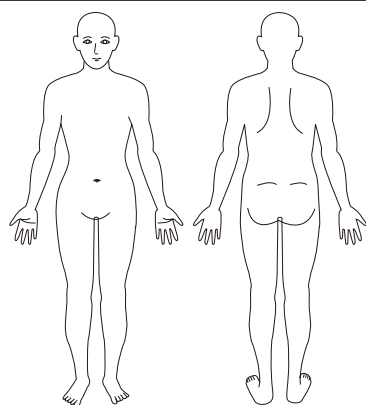
Пометьте  , пожалуйста, все подходящие пункты аてはまるものにチェックしてください

Год <sup>ねん</sup>

Месяц <sup>がつ</sup>

Число <sup>にち</sup>

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

|  |  |
|--|--|
| Какие симптомы у Вас имеются? <sup>どうしましたか</sup>   |  <p>Обведите соответствующую часть на рисунке<br/><sup>しょうじょう</sup> 症状のあるところに丸をしてください</p> |
| <input type="checkbox"/> Высокая темп-ра( <sup>°C</sup> ) <sup>ねつ</sup> 熱がある <input type="checkbox"/> Боль <sup>いた</sup> 痛い <input type="checkbox"/> Зуд <sup>かゆい</sup><br><input type="checkbox"/> Ожог <sup>やけど</sup> <input type="checkbox"/> Сыпь <sup>ほっしん</sup> 発しん <input type="checkbox"/> Экзема <sup>しっしん</sup><br><input type="checkbox"/> Синяк <sup>あざ</sup> <input type="checkbox"/> Родинка <sup>ほくろ</sup> <input type="checkbox"/> Пятнышко <sup>しみ</sup><br><input type="checkbox"/> Эпидермофития стопы (грибок) <sup>みずむし</sup> 水虫 <input type="checkbox"/> Гноится <sup>じくじく</sup> している<br><input type="checkbox"/> Прочее <sup>その他</sup>  |  |
| Когда это началось? <sup>それはいつからですか</sup>  |  |
| _____ Год <sup>ねん</sup> _____ Месяц <sup>がつ</sup> _____ Число <sup>にち</sup> _____  |  |
| Изменились ли симптомы? <sup>しょうじょうへんか</sup> その症状は変化していますか   |  |
| <input type="checkbox"/> Да <sup>はい</sup> <input type="checkbox"/> Нет <sup>いいえ</sup>  |  |
| Имеется ли у Вас лекарственная и пищевая аллергия? <sup>くすり た もの</sup> 薬や食べ物でアレルギーが出ますか  |  |
| <input type="checkbox"/> Да <sup>はい</sup> → <input type="checkbox"/> Лекарства <sup>くすり</sup> 薬 <input type="checkbox"/> Пища <sup>た もの</sup> 食べ物 <input type="checkbox"/> Прочее <sup>その他</sup> <input type="checkbox"/> Нет <sup>いいえ</sup>   |  |
| Принимаете ли на данный момент какие-либо лекарства? <sup>げんざいの</sup> 現在飲んでいる薬はありますか   |  |
| <input type="checkbox"/> Да <sup>はい</sup> → Если имеются с собой, покажите пожалуйста <sup>も</sup> 持っていれば見せてください <input type="checkbox"/> Нет <sup>いいえ</sup>   |  |
| Вы беременны либо имеется такая вероятность? <sup>にんしん</sup> 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 <sup>はい</sup> → _____ Месяц <sup>かげつ</sup> беременности _____ 月 <input type="checkbox"/> Нет <sup>いいえ</sup>  |  |
| Кормите ли грудью в данный момент? <sup>じゆにゆうちゆう</sup> 授乳中ですか  | <input type="checkbox"/> Да <sup>はい</sup> <input type="checkbox"/> Нет <sup>いいえ</sup>  |
| Прежние заболевания <sup>いま</sup> 今までにかかった病気はありますか   |  |
| <input type="checkbox"/> Заболевания желудка, кишечника <sup>いちょう</sup> 胃腸の病気 <input type="checkbox"/> Заболевания печени <sup>かんぞう</sup> 肝臓の病気<br><input type="checkbox"/> Заболевания сердца <sup>しんぞう</sup> 心臓の病気 <input type="checkbox"/> Заболевания почек <sup>しんぞう</sup> 腎臓の病気 <input type="checkbox"/> Туберкулез <sup>けっかく</sup> 結核<br><input type="checkbox"/> Диабет <sup>とうにょうびょう</sup> 糖尿病 <input type="checkbox"/> Астма <sup>ぜんそく</sup> <input type="checkbox"/> Гипертония <sup>こうけつあつしやう</sup> 高血圧症 <input type="checkbox"/> СПИД <sup>エイズ</sup><br><input type="checkbox"/> Заболевания щитовидной железы <sup>こうじょうせん</sup> 甲状腺の病気 <input type="checkbox"/> Сифилис <sup>はいどく</sup> 梅毒 <input type="checkbox"/> Прочее <sup>その他</sup> |  |
| Проходите ли курс лечения от какой-либо болезни в настоящий момент? <sup>げんざいちりゆう</sup> 現在治療している病気はありますか   | <input type="checkbox"/> Да <sup>はい</sup> <input type="checkbox"/> Нет <sup>いいえ</sup>  |
| Переносили ли Вы операции ранее? <sup>しゆじゆつ</sup> 手術を受けたことがありますか   | <input type="checkbox"/> Да <sup>はい</sup> <input type="checkbox"/> Нет <sup>いいえ</sup>  |
| Как вы переносите наркоз? <sup>ますい</sup> 麻酔をして何かトラブルがありましたか  | <input type="checkbox"/> Да <sup>はい</sup> <input type="checkbox"/> Нет <sup>いいえ</sup>  |
| Сможете ли Вы в следующий раз придти с переводчиком? <sup>こんご</sup> 今後、通訳を自分で連れてくることができますか   |  |
| <input type="checkbox"/> Да <sup>はい</sup> <input type="checkbox"/> Нет <sup>いいえ</sup>  |  |