

NEIROHIJIRUGIA

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}年

Месяц ^{がつ}月

Число ^{にち}日

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} 年 _____ Месяц ^{がつ} 月 _____ Число ^{にち} 日	Тел ^{でんわ} 電話	
Адрес ^{じゅうしょ} 住所			
Имеете ли медицинскую страховку? ^{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	

Какие симптомы у Вас имеются? どうしましたか

Головные боли ^{あたまいた}頭が痛い
 Головокружение ^{めまい}めまい
 Тошнота ^{はげ}吐き気
 Рвота ^{おうと}嘔吐
 Шум в ушах ^{みみな}耳鳴り
 Ригидность плеч ^{かた}肩こり
 Онемение ^{しびれ}しびれ
 тремор ^{てあし}手足のふるえ
 Частая потеря сознания ^{いしき}意識がなくなる
 Плохо слышно ^き聞こえにくい
 Плохо видно ^{もの}物が見えにくい
 Трудность в ходьбе ^{ある}歩きにくい
 Затрудненность движения рук и ног ^{てあしうご}手足の動きが悪い
 Прочее ^{その他}その他

Когда это началось? ^{それはいつからですか}それはいつからですか

_____ Год ^{ねん}年 _____ Месяц ^{がつ}月 _____ Число ^{にち}日から

Ударяли голову обо что-нибудь? ^{あたま}頭をぶつきましたか

Да ^{はい} → _____ Год ^{ねん}年 _____ Месяц ^{がつ}月 _____ Число ^{にち}日から
 Нет ^{いいえ}

Какая часть головы? ^{どこをぶつきましたか}どこをぶつきましたか

Лоб ^{ぜんどうぶ}前頭部
 Затылок ^{こうどうぶ}後頭部
 Правая боковая ^{みぎよこ}右横
 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

Да ^{はい} Нет ^{いいえ}

Для тех у кого болит голова ^{あたまいたかた}頭が痛い方への質問です

В какой части больно? ^{どこが痛みますか}どこが痛みますか

Лоб ^{ぜんどうぶ}前頭部
 Затылок ^{こうどうぶ}後頭部
 Правая боковая ^{みぎよこ}右横
 Левая боковая ^{ひだりよこ}左横
 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}どのように痛みますか

Глубоко и интенсивно ^{ズキンズキン}ズキンズキン
 Будто барабанит громко ^{ガンガン}ガンガン
 Сжимающая боль ^{キリキリ}キリキリ
 Как будто череп раскалывается ^{ガンと割れるように}ガンと割れるように
 Колющая боль ^{チクチク}チクチク
 Прочее ^{その他}その他

В какое время суток наиболее болит? ^{いつが一番痛いですか}いつが一番痛いですか

Утром ^{あさ}朝
 Днем ^{ひる}昼
 Вечером и ночью ^{よる}夜
 Целые сутки ^{いちにち}一日中

Имеется ли у Вас лекарственная и пищевая аллергия? ^{くすり た もの}薬や食べ物でアレルギーが出ますか

Да ^{はい} → Лекарства ^{くすり}薬
 Пища ^{た もの}食べ物
 Прочее ^たその他
 Нет ^{いいえ}

Принимаете ли на данный момент какие-либо лекарства? ^{げんざいの}現在飲んでいる薬はありますか

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

Вы беременны либо имеется такая вероятность? ^{にんしん}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 ^{かげつ}беременности ^{ケ月}
 Нет ^{いいえ}

Кормите ли грудью в данный момент? ^{じゅにゅうちゅう}授乳中ですか

Да ^{はい} Нет ^{いいえ}

既往の既往病歴はありますか <small>いま びょうき</small>		
<input type="checkbox"/> 胃腸の病歴 <small>いちょう びょうき</small>	<input type="checkbox"/> 肝臓の病歴 <small>かんぞう びょうき</small>	
<input type="checkbox"/> 心臓の病歴 <small>しんぞう びょうき</small>	<input type="checkbox"/> 腎臓の病歴 <small>じんぞう びょうき</small>	<input type="checkbox"/> 結核 <small>けっかく</small>
<input type="checkbox"/> 糖尿病 <small>とうにょうびょう</small>	<input type="checkbox"/> アстма <small>ぜんそく</small>	<input type="checkbox"/> СПИД <small>エイズ</small>
<input type="checkbox"/> 甲状腺の病歴 <small>こうじょうせん びょうき</small>	<input type="checkbox"/> 高血圧症 <small>こうけつあつしやう</small>	<input type="checkbox"/> その他 <small>その他</small>
現在治療している病歴はありますか <small>げんざいぢりやう びょうき</small>		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
お酒を飲みますか <small>さけ の</small>	<input type="checkbox"/> はい → _____ ml/日 <small>ml/日</small>	<input type="checkbox"/> いいえ
たばこを吸いますか <small>す</small>	<input type="checkbox"/> はい → _____ 本/日 <small>ほん ひ</small>	<input type="checkbox"/> いいえ
手術を受けたことがありますか <small>しゆじゆつ う</small>		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
麻酔をして何かトラブルがありましたか <small>ますい なに</small>		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
今後、通訳を自分で連れてくることはできますか <small>こんご つうやく じぶん つ</small>		
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		

〈2/2ページ〉