

# ОРТОПЕДИЯ (Восстановительная хирургия)

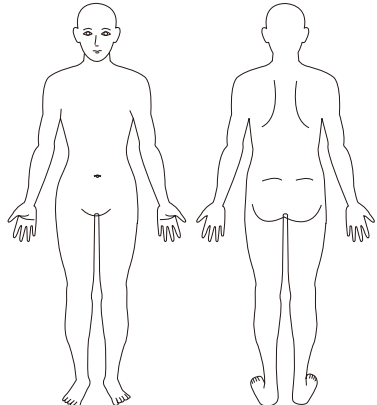
せいけいげかもんしんひょう  
整形外科問診票

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

God ねん 年      Месяц がつ 月      Число 日にち 日

Ф.и.о. <small>なまえ 名前</small>			<input type="checkbox"/> M <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>日にち 日</small>	Тел <small>でんわ 電話</small>
Адрес <small>じゅうしょ 住所</small>				
Имеете ли медицинскую страховку? <small>けんこうほけんも 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>	

Какие симптомы у Вас имеются? <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( <small>ねつ 熱</small> °C) <small>がある</small> <input type="checkbox"/> Боль <small>いた 痛</small> ми <input type="checkbox"/> Рана <small>けが</small> <input type="checkbox"/> Затвердения <small>しこり</small> <input type="checkbox"/> Зуд <small>かゆい</small> <input type="checkbox"/> Растяжение <small>ひねった</small> <input type="checkbox"/> Прочее <small>その他</small> <input type="checkbox"/> Ожог <small>やけど</small> <input type="checkbox"/> Опухоль <small>はれもの</small> <input type="checkbox"/> Онемение <small>しびれ</small> <input type="checkbox"/> Уменьшение веса <small>たいじゅうへ 体重が減っている</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>日にち 日</small> _____	
Имеется ли у Вас лекарственная и пищевая аллергия? <small>くすり たの もの 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>	
Принимаете ли на данный момент какие-либо лекарства? <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> → Если имеются с собой, покажите пожалуйста <small>も 持</small> <input type="checkbox"/> Нет <small>いいえ</small>	
Вы беременны либо имеется такая вероятность? <small>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</small>	
<input type="checkbox"/> Да <small>はい</small> → _____ Месяц беременности <small>かげつ 月</small> <input type="checkbox"/> Нет <small>いいえ</small>	
Кормите ли 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>
Презжие заболевания <small>いま までにかかった びょうき 病気</small> <small>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 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 курс лечения от какой-либо болезни в настоящий момент? <small>げんざいちりよう 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>
Переносили ли Вы операции ранее? <small>しじゆつ う 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>
Проходили ли Вы переливание крови ранее? <small>ゆけつ う 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 прийти с переводчиком? <small>こんご つうやく じぶん 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>	