

ВНУТРЕННЯЯ ТЕРАПИЯ

ない かもんしんひょう
内科問診票

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

ねん
Год 年

がつ
Месяц 月

にち
Число 日

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

Что с Вами? <small>どうしましたか</small>			
<input type="checkbox"/> Высокая темп-ра(<small>ねつ</small> °C) 熱がある	<input type="checkbox"/> Боль в горле <small>のどが</small> 痛い	<input type="checkbox"/> Кашель <small>せき</small>	<input type="checkbox"/> Боль в голове <small>あたま</small> 痛い
<input type="checkbox"/> Боль в груди <small>むね</small> 痛い	<input type="checkbox"/> Сыпь <small>ほっしん</small>	<input type="checkbox"/> Сердцебиение <small>どうき</small>	<input type="checkbox"/> Одышка <small>いきぎ</small>
<input type="checkbox"/> Отек <small>むくみ</small>	<input type="checkbox"/> Головокружение <small>めまい</small>	<input type="checkbox"/> Стеснение в груди <small>むね</small> 苦しい	<input type="checkbox"/> Боль в животе <small>なか</small> 痛い
<input type="checkbox"/> Боль в желудке <small>い</small> 痛い	<input type="checkbox"/> Гипертония <small>こうけつあつしやう</small> 高血圧	<input type="checkbox"/> Онемение <small>しびれ</small>	<input type="checkbox"/> Жажда во рту <small>くち</small> かわく
<input type="checkbox"/> Уменьшение веса <small>たいじゆう</small> 体重が減っている	<input type="checkbox"/> Ощущение вздутия живота <small>なか</small> 張る	<input type="checkbox"/> Отсутствие аппетита <small>しょくよく</small> 食欲がない	
<input type="checkbox"/> Рвота <small>おうと</small> 嘔吐	<input type="checkbox"/> Тошнота <small>はげ</small> 吐き気	<input type="checkbox"/> Понос <small>げり</small> 下痢	<input type="checkbox"/> Кровавый стул <small>けつべん</small> 血便
<input type="checkbox"/> Вялость <small>だるい</small>	<input type="checkbox"/> Постоянное утомление <small>つか</small> 疲れやすい	<input type="checkbox"/> Прочее <small>その他</small>	
Когда это началось? <small>それはいつからですか</small>			
_____ Год <small>ねん</small> 年 _____ Месяц <small>がつ</small> 月 _____ Число <small>にち</small> 日から			
У Вас раньше была аллергическая реакция на лекарства или пищу и пр? <small>くすり た もの</small> 薬や食べ物でアレルギーが出ますか			
<input type="checkbox"/> Да <small>はい</small> → <input type="checkbox"/> Лекарства <small>くすり</small> 薬 <input type="checkbox"/> Пища <small>た もの</small> 食べ物 <input type="checkbox"/> Прочее <small>その他</small> <input type="checkbox"/> Нет <small>いいえ</small>			
Какие-либо лекарства сейчас принимаете? <small>げんざいの</small> 現在飲んでいる薬はありますか			
<input type="checkbox"/> Да <small>はい</small> → Покажите, пожалуйста, если есть сейчас <small>も</small> 持っていれば見せてください <input type="checkbox"/> Нет <small>いいえ</small>			
Вы беременны или есть такая возможность? <small>にんしん</small> 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 <small>はい</small> → _____ Месяц <small>かげつ</small> 月 <input type="checkbox"/> Нет <small>いいえ</small>			
Вы кормите грудью в данный момент? <small>じゆにゆうちゆう</small> 授乳中ですか <input type="checkbox"/> Да <small>はい</small> <input type="checkbox"/> Нет <small>いいえ</small>			
Заболевания в прошлом? <small>いま</small> 今までにかった病気はありますか			
<input type="checkbox"/> Заболевания желудка, кишечника <small>いちょう</small> 胃腸の病気	<input type="checkbox"/> Заболевания печени <small>かんぞう</small> 肝臓の病気		
<input type="checkbox"/> Заболевания сердца <small>しんぞう</small> 心臓の病気	<input type="checkbox"/> Заболевания почек <small>じんぞう</small> 腎臓の病気	<input type="checkbox"/> Туберкулез <small>けっかく</small> 結核	
<input type="checkbox"/> Диабет <small>とうにょうびやう</small> 糖尿病	<input type="checkbox"/> Астма <small>ぜんそく</small> ぜんそく	<input type="checkbox"/> Гипертония <small>こうけつあつしやう</small> 高血圧症	<input type="checkbox"/> СПИД <small>エイズ</small> エイズ
<input type="checkbox"/> Заболевания щитовидной железы <small>こうじょうせん</small> 甲状腺の病気	<input type="checkbox"/> Сифилис <small>はいどく</small> 梅毒	<input type="checkbox"/> Прочее <small>その他</small>	
Проходите ли вы курс лечения от какой либо болезни в настоящий момент? <small>げんざいちりやう</small> 現在治療している病気はありますか <input type="checkbox"/> Да <small>はい</small> <input type="checkbox"/> Нет <small>いいえ</small>			
Операции в прошлом? <small>しじゆつ</small> 手術を受けたことがありますか <input type="checkbox"/> Да <small>はい</small> <input type="checkbox"/> Нет <small>いいえ</small>			
Переливание крови в прошлом? <small>ゆけつ</small> 輸血を受けたことがありますか <input type="checkbox"/> Да <small>はい</small> <input type="checkbox"/> Нет <small>いいえ</small>			
Сможете ли Вы в следующий раз привезти переводчика с собой? <small>こんご</small> 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 <small>はい</small> <input type="checkbox"/> Нет <small>いいえ</small>			