

INTERNA MEDICINA

ない か もんしんひょう
内科問診票

Hrvatski
クロアチア語

Povjerite sve odgovarajuće odgovore. あてはまるものにチェックしてください

Godina 年 Mjesec 月 Dan 日

Ime 名前		<input type="checkbox"/> Muškarac 男	<input type="checkbox"/> Ženska 女
datum rođenja 生年月日	Godina 年 Mjesec 月 Dan 日	Telefon 電話	
Adresa 住所			
Imate li zdravstveno osiguranje? 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> Da はい	<input type="checkbox"/> Ne いいえ	
Narodnost 国籍	Jezik 言葉		

Šta je Vama? どうしましたか

<input type="checkbox"/> Groznica (°C) 熱がある	<input type="checkbox"/> Oboljelo grlo のどが痛い	<input type="checkbox"/> Kašalj せき	<input type="checkbox"/> Glavobolja 頭が痛い
<input type="checkbox"/> Bol prsiju 胸が痛い	<input type="checkbox"/> Osip 発疹	<input type="checkbox"/> Palpitacija 動悸	<input type="checkbox"/> Dahtanje 息切れ
<input type="checkbox"/> Otekline むくみ	<input type="checkbox"/> Vrtoglavica めまい	<input type="checkbox"/> Napetost u prsima 胸が苦しい	<input type="checkbox"/> Bol u trbuhu お腹が痛い
<input type="checkbox"/> Želučana bolest 胃が痛い	<input type="checkbox"/> Visoki krvni tlak 高血圧	<input type="checkbox"/> Trnjenje しびれ	<input type="checkbox"/> Obilna zed 口が渴く
<input type="checkbox"/> Smanjenje težine 体重が減っている		<input type="checkbox"/> Osjećate da Vam je trbuh nategnut お腹が張る	
<input type="checkbox"/> Gubitak apetita 食欲がない	<input type="checkbox"/> Povraćanje 嘔吐	<input type="checkbox"/> Mučnina 吐き気	<input type="checkbox"/> Proljev 下痢
<input type="checkbox"/> Krvava stolica 血便	<input type="checkbox"/> Tupoća だるい	<input type="checkbox"/> Laki zamor 疲れやすい	<input type="checkbox"/> Drugi その他

Od kada imate probleme? それはいつからですか

Od _____ Godine 年 _____ Mjeseca 月 _____ Dana 日から

Da li ste imali alergije od lijeka ili jela? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか

Da はい → Lijek 薬 Jelo 食べ物 Drugi その他 Ne いいえ

Uzimate li lijek sada? 現在飲んでいる薬はありますか

Da はい → Ako imate neki sa sobom pokazite mi to, molim Vas. 持っていれば見せてください Ne いいえ

Da li ste u drugom stanju ili postoji li mogućnost trudnoće? 妊娠していますか、またその可能性はありますか

Da はい → _____ Mjeseci ケ月 Ne いいえ

Dojete li sada dijete? 授乳中ですか

Da はい Ne いいえ

Kakve ste bolesti imali ranije? 今までにかかった病気はありますか

<input type="checkbox"/> Želučana i crijevna bolest 胃腸の病気	<input type="checkbox"/> Bolest jetre 肝臓の病気	<input type="checkbox"/> Srčana bolest 心臓の病気
<input type="checkbox"/> Bubrežna bolest 腎臓の病気	<input type="checkbox"/> Tuberkuloza 結核	<input type="checkbox"/> Šećerna bolest 糖尿病
<input type="checkbox"/> Visoki krvni tlak 高血圧症	<input type="checkbox"/> SIDA エイズ	<input type="checkbox"/> Bolest štitne žlijezde 甲状腺の病気
<input type="checkbox"/> Sifilis 梅毒	<input type="checkbox"/> Drugi その他	

Liječite li trenutno bilo koju bolest? 現在治療している病気はありますか

Da はい Ne いいえ

Da li ste imali operaciju? 手術を受けたことがありますか

Da はい Ne いいえ

Da li ste imali transfuziju krvi? 輸血を受けたことがありますか

Da はい Ne いいえ

Možete li sljedeći put sami dovesti prevoditelja? 今後、通訳を自分で連れてくることができますか

Da はい Ne いいえ