

**Анкета щодо медицини внутрішніх захворювань**  
**/Internal Medicine Questionnaire/ 内科 問診票**

Ім'я та прізвище пацієнта /Name of patient /患者氏名				Тільки для персоналу /For staff only /医療機関記入欄	BT= °C
Дата народження /Date of birth /生年月日 (西暦)	Рік /Year/年	Місяць /Month/月	День /Day/日		PR= хв./min./分
	(Років/Years old/歳)				BP= мм ртут. стовп. /mmHg
Зріст/Bara/Height/Weight/身長・体重	см/cm	кг/kg	Стать/Sex/性別		RR= хв./min./分
Алергії/Allergies /アレルギーの有無	<input type="checkbox"/> Їжа/Food(s)/食べ物: <input type="checkbox"/> Ліки/Medicine/薬:				SPO2= %

**Яка сьогодні проблема? (Позначте все, що застосовно)/What is the problem today?(Check all that apply.)**  
**/今日はどのような症状がありますか。(複数ある方は複数☑してください。)**

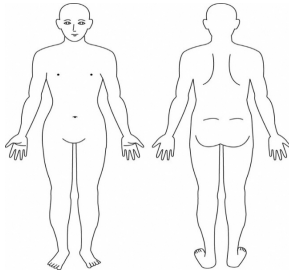
- |                                                                         |                                                                              |                                                               |                                                          |                                                                               |                                                                    |
|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Лихоманка<br>/Fever/発熱                         | <input type="checkbox"/> Кашель/Cough<br>/咳                                  | <input type="checkbox"/> Нежить<br>/Runny nose/鼻水             | <input type="checkbox"/> Мокротиння<br>/Phlegm/痰         | <input type="checkbox"/> Утруднене дихання<br>/Difficulty breathing<br>/息が苦しい | <input type="checkbox"/> Пришвидлене серцебиття<br>/Palpitation/動悸 |
| <input type="checkbox"/> Відчуття млявості<br>/Feel sluggish<br>/身体がだるい | <input type="checkbox"/> Швидка втомлюваність<br>/Get easily tired<br>/疲れやすい | <input type="checkbox"/> Задиха/Shortness of breath/息切れ       | <input type="checkbox"/> Запаморочення<br>/Dizziness/めまい | <input type="checkbox"/> Втрата апетиту<br>/Loss of appetite<br>/食欲がない        | <input type="checkbox"/> блювання<br>/Vomiting/嘔吐                  |
| <input type="checkbox"/> Кров'янистий кал<br>/Bloody stool<br>/血便       | <input type="checkbox"/> Часте сечовипускання<br>/Frequent urination<br>/頻尿  | <input type="checkbox"/> Кров'яниста сеча<br>/Bloody urine/血尿 | <input type="checkbox"/> Втрата ваги/Weight loss/体重減少    | <input type="checkbox"/> Відчуття спраги/Feel thirsty<br>/喉が渇く                | <input type="checkbox"/> Гіпертонія<br>/Hypertension/高血圧           |
| <input type="checkbox"/> Параліч<br>/Paralysis/麻痺                       | <input type="checkbox"/> набряк/Swelling<br>/むくみ                             | <input type="checkbox"/> висипки/Hives<br>/じんましん              | <input type="checkbox"/> Безсоння<br>/Insomnia/不眠        | <input type="checkbox"/> Затерплість<br>/Numbness/しびれ                         | <input type="checkbox"/> Нудота/Nausea<br>/吐き気                     |
| <input type="checkbox"/> Діарея/Diarrhea<br>/下痢                         | <input type="checkbox"/> Свербіж/Itchiness<br>/かゆみ                           | <input type="checkbox"/> біль/Pain/痛み                         | <input type="checkbox"/>                                 | <input type="checkbox"/>                                                      | <input type="checkbox"/> Інше/Other(s)<br>/その他:                    |
- В іншій клініці (лікарні) (або під час навчального медобстеження) мені порадили звернутися сюди.  
It was advised by another clinic/hospital (or at a regular check-up) to come here.  
/他の医療機関から受診するように勧められた。(健診含む)

**Позначте все, що стосується вашого калу./Check all that apply about your stool.**  
**/便の性状に☑してください。**

- |                                                                   |                                                  |                                                                                                       |                                                     |                                                   |                                         |
|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Сірувато-білий<br>/Grayish white<br>/灰白色 | <input type="checkbox"/> Коричневий<br>/Brown/茶色 | <input type="checkbox"/> Чорний/Black/黒色                                                              | <input type="checkbox"/> Кров'янистий<br>/Bloody/血便 | <input type="checkbox"/> Водянистий<br>/Watery/水様 | <input type="checkbox"/> М'який/Soft/軟便 |
| <input type="checkbox"/> Нормальний<br>/Normal/普通                 | <input type="checkbox"/> Твердий/Hard<br>/硬い便    | *Частота випорожнень на день _____ раз(ів)/день<br>/Stool frequency per day/一日の排便回数: /time(s)/day/回/日 |                                                     |                                                   |                                         |

**Опишіть свої симптоми./Describe your symptoms.**  
**/症状についてご質問します。**

**Обведіть колом місце, де відчуваєте симптом.**  
**/Circle the place where you are experiencing the symptom.**  
**/症状のある部分に○を付けて下さい。**



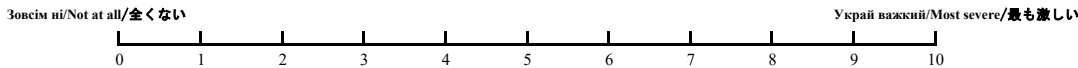
**Коли виникає симптом?/When does the symptom occur?**  
**/症状はどのようなときに現れますか。**

- |                                                                         |                                                            |                                                 |                                                                               |
|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Вранці<br>/Morning/朝                           | <input type="checkbox"/> Денний час<br>/Daytime/昼          | <input type="checkbox"/> Ввечері<br>/Evening/夕方 | <input type="checkbox"/> Під час перебування у ліжку<br>/While in bed<br>/就寝中 |
| <input type="checkbox"/> Під час пробудження<br>/When waking up<br>/起床時 | <input type="checkbox"/> Нерегулярно<br>/Irregular<br>/不定期 | <input type="checkbox"/> Інше/Other(s)<br>/その他: |                                                                               |

**Який характер симптому?/What is the symptom like?**  
**/症状はどのような性質を持っていますか。**

- |                                                                                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Постійний/Constant/絶え間なく、続いている                                                     |
| <input type="checkbox"/> Симптом з'являється і зникає/The symptom comes and goes<br>/症状が出たり消えたりしている         |
| <input type="checkbox"/> Симптом поступово посилюється/The symptom is gradually worsening<br>/徐々にひどくなってきている |
| <input type="checkbox"/> Інше/Other(s)/その他                                                                  |

**Якщо описати симптом за шкалою від 1 до 10, наскільки він важкий? Обведіть колом наведене нижче число.**  
**/If you describe the symptom on a scale of 1 - 10, how severe is it? Circle the number below.**  
**/その症状の程度を数字で表すと、どのぐらいですか?下の数字のところに○を付けてください。**



**Коли виник цей симптом?/When did the symptom start?**  
**/この症状はいつからありますか。**

Рік /Year/年 \_\_\_\_\_ Місяць /Month/月 \_\_\_\_\_ День /Day/日 \_\_\_\_\_  
 Від близько/From about \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ до полудня/am/після полудня/pm  
 午前・午後 \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分ごろから

**Чи приймаєте ви наразі якісь ліки, у тому числі вітаміни та харчові добавки?**  
**/Are you currently on any medication, including vitamin and nutritional supplement?**  
**/現在、飲んでいる薬はありますか? ※ビタミン、栄養剤、サプリメントも含まれます。**

- Ні/No  
/いいえ  Так/Yes  
/はい
- \*Покажіть нам свої ліки або медичну карту (книжку).  
/Show us your medication or medication record (notebook).  
/お薬、もしくは「お薬手帳」を持っている方は、見せてください。

№	Назва ліків /Name of medications /お薬の名前	Як приймати або використовувати ліки /How to take or use your medication /飲み方・使い方	№	Назва ліків /Name of medications /お薬の名前	Як приймати або використовувати ліки /How to take or use your medication /飲み方・使い方
①			⑥		
②			⑦		
③			⑧		
④			⑨		
⑤			⑩		

**Перебуваєте ви нині чи перебували раніше під опікою лікаря?/Are you, or have you been, under the care of a doctor in the past?**

**/現在治療している病気、または過去に治療していたことはありますか?**  
 Hi/No /いいえ     Tak/Yes /はい  
 Якщо ви вказали «Так», виберіть стан з переліку і напишіть назву лікарні, де вас лікували.  
 If you checked "Yes", choose the condition from the list, and write the name of the hospital where you received treatment.  
 /「はい」に印した人は、疾患名リストから選択し、治療していた医療機関名を書いてください。

Назва захворювання (Впишіть номер із наведеного нижче переліку) /Name of disease (Write the number from the following list) /疾患名 (下記リスト番号可)	Хід лікування/Treatment progress /治療経過	Назва лікарні/Hospital name /医療機関名
	<input type="checkbox"/> Виліковано/Recovered/治癒 <input type="checkbox"/> Лікується/Under treatment/現在治療中 <input type="checkbox"/> Припинення лікування /Withdrawal of treatment/治療中断 <input type="checkbox"/> Не ліковано/Untreated/未治療	
	<input type="checkbox"/> Виліковано/Recovered/治癒 <input type="checkbox"/> Лікується/Under treatment/現在治療中 <input type="checkbox"/> Припинення лікування /Withdrawal of treatment/治療中断 <input type="checkbox"/> Не ліковано/Untreated/未治療	
	<input type="checkbox"/> Виліковано/Recovered/治癒 <input type="checkbox"/> Лікується/Under treatment/現在治療中 <input type="checkbox"/> Припинення лікування /Withdrawal of treatment/治療中断 <input type="checkbox"/> Не ліковано/Untreated/未治療	
	<input type="checkbox"/> Виліковано/Recovered/治癒 <input type="checkbox"/> Лікується/Under treatment/現在治療中 <input type="checkbox"/> Припинення лікування /Withdrawal of treatment/治療中断 <input type="checkbox"/> Не ліковано/Untreated/未治療	

**<Перелік хвороб/List of diseases/疾患リスト>**

Система хвороби/System of disease /疾患の系統	Назви хвороби/Disease names /疾患名
① Захворювання травної системи/Digestive disease /消化器系の疾患	a. Виразкова хвороба /Peptic ulcer /消化器潰瘍    b. Гепатит/Hepatitis /肝炎    c. Цироз печінки /Hepatic cirrhosis /肝硬変    d. Інше/Others/その他
② Хвороба система кровообігу /Circulatory system disease /循環器系の疾患	a. Гіпертонія /Hypertension/高血圧    b. Стенокардія/інфаркт міокарда /Angina pectoris /myocardial infarction /狭心症・心筋梗塞    c. Аритмія/Arrhythmia /不整脈    d. Серцева недостатність /Heart failure/心不全    e. Інше/Others/その他
③ Захворювання органів дихання /Respiratory disease /呼吸器系の疾患	a. Астма/Asthma/喘息    b. Хронічне обструктивне захворювання легень /Chronic obstructive pulmonary disease /慢性閉塞性肺疾患    c. Пневмонія/Pneumonia /肺炎    d. Туберкульоз легень /Pulmonary tuberculosis /肺結核    e. Інше/Others/その他
④ Нирково-урологічні захворювання /Kidney and urological disease /腎・泌尿器系の疾患	a. Хронічна ниркова недостатність /Chronic renal failure /慢性腎不全    b. Сечокам'яна (ниркова) хвороба /Renal/urinary stone /腎・尿管結石    c. Інфекція сечовивідних шляхів /Urinary tract infection /尿路感染症    d. Інше/Others/その他
⑤ Захворювання головного мозку та нервової системи /Brain and nervous system disease /脳神経系の疾患	a. Ішемічний інсульт /Cerebral infarction /脳梗塞    b. Геморагічний інсульт /Cerebral hemorrhage /脳出血    c. Епілепсія/Epilepsy /てんかん    d. Інше/Others/その他
⑥ Ендокринне або метаболічне захворювання/Endocrine or metabolic disease /内分泌代謝系の疾患	a. Цукровий діабет /Diabetes mellitus /糖尿病    b. Гіперліпідемія /Hyperlipidemia /高脂血症    c. Порушення функції щитоподібної залози /Thyroid gland malfunction /甲状腺機能障害    d. Гіперурикемія /Hyperuricemia /高尿酸血症    e. Інше/Others/その他
⑦ Захворювання кісток або м'язів /Bone or muscle disease /骨・筋肉の疾患	a. Ревматоїдний артрит /Rheumatoid arthritis /関節リウマチ    b. Остеопороз /Osteoporosis /骨粗鬆症    c. Остеоартрит /Osteoarthritis /変形性膝関節症    d. Грижі міжхребцевих дисків /Herniated intervertebral discs /椎間板ヘルニア    e. Подагра/Gout/痛風    f. Інше/Others/その他
⑧ Акушерсько-гінекологічні захворювання/Obstetrics and gynecology disease /産婦人科の疾患	a. Міоми матки /Uterine fibroids /子宮筋腫    b. Дисменорея /Dysmenorrhea /月経困難症    c. Безпліддя/Infertility/不妊症    d. Інше/Others/その他
⑨ Хвороба очей/Eye disease /眼の疾患	a. Катаракта/Cataract /白内障    b. Глаукома/Glaucoma /緑内障    c. Ретинопатія /Retinopathy/網膜症    d. Інше/Others/その他
⑩ Злоякісні утворення /Malignant tumor /悪性腫瘍	a. Рак шлунка /Stomach cancer/胃がん    b. Рак товстої кишки /Colon cancer/大腸がん    c. Рак печінки/жовчного міхура/підшлункової залози /Liver/gallbladder/pancreatic cancer /肝臓・胆のう・膵臓がん    d. Рак молочної залози /Breast cancer/乳がん    e. Рак матки /Uterine cancer /子宮がん    f. Рак легень /Lung cancer/肺癌    g. Інше/Others/その他
⑪ Психічні захворювання /Mental disease /精神の疾患	a. Депресія/Depression /うつ病    b. Шизофренія /Schizophrenia /統合失調症    c. Інше/Others/その他
⑫ Отоларингологічні хвороби /ENT disease /耳鼻科の疾患	a. Погіршення слуху /Impaired hearing /難聴    b. Запаморочення /Dizziness/めまい    c. Шум у вухах /Ear noise/耳鳴    d. Пилкова алергія /Pollen allergy/花粉症    e. Інше/Others/その他
⑬ Захворювання крові /Blood disease /血液の疾患	a. Анемія/Anemia/貧血    b. Лейкемія/Leukemia /白血病    c. Інше/Others/その他
⑭ Шкірні захворювання /Skin disease /皮膚の疾患	a. Атопічний дерматит /Atopic dermatitis /アトピー性皮膚炎    b. Лишай (грибкове захворювання ніг) /Tinea (athlete's foot) /白癬症 (水虫)    c. Інше/Others/その他

**Вам коли-небудь робили хірургічну операцію?/Have you ever had surgery?**  
**/今までに手術をしたことがありますか。**

- Hi/No /いいえ  Так/Yes /はい

Якщо ви вказали «Так», напишіть історію хірургічної операції.  
 /If you checked "Yes", write the history of your surgery.  
 /「はい」に印した方は下に手術歴を書いてください。

Назви хвороб/Disease names /疾患名	Назва вашої хірургічної операції /Name of your surgery/手術名	Коли вам зробили хірургічну операцію /When you had the surgery /手術をした時期	Лікарня, де вам зробили хірургічну операцію /Hospital where you had the surgery /手術をした医療機関

※Якщо ви не впевнені щодо точної дати хірургічної операції, укажіть рік або вік.  
 /If you are not sure about the exact date of the surgery, write the year or age.  
 /※詳しい手術日がわからない場合は「年齢」、「手術した年」でも構いません。

**Ви палите регулярно?/Do you smoke regularly?**  
**/習慣的に、たばこを吸いますか。**

- Hi/No /いいえ  Так/Yes /はい  Раніше палив/ла/Used to smoke /以前吸っていた

Споживання сигарет /Cigarette consumption/喫煙量	Тривалість паління/Duration of smoking /喫煙期間	Рік, коли ви кинули палити /Year when you stopped smoking /喫煙をやめた年
_____ сигарет(-а, -и) на день cigarettes/Day 本/日	_____Рік/Year/年	_____Рік/Year/年 _____ Місяць/Month/月

\*Якщо ще палите, то залиште порожнє місце у питанні про рік, коли ви кинули палити.  
 /If you still have a smoking habit, leave a blank in the question about the year you stopped smoking.  
 /現在も喫煙を続けている方は、喫煙をやめた年は空欄のままにしておいてください。

**Ви регулярно п'єте алкогольні напої?/Do you drink regularly?**  
**/習慣的にお酒を飲みますか。**

- Hi/No /いいえ  Так/Yes /はい  Раніше регулярно пив/ла/Used to drink regularly /以前飲酒する習慣があった。

<input type="checkbox"/> Пиво/Beer/ビール _____ мл/день/ml /Day/日	<input type="checkbox"/> Віскі/Whisky/ウイスキー _____ мл/день/ml /Day/日
<input type="checkbox"/> Японське саке /Japanese sake/日本酒 _____ мл/день/ml /Day/日	<input type="checkbox"/> Вино/Wine/ワイン _____ мл/день/ml /Day/日
<input type="checkbox"/> Інше/Other(s)/その他 _____ мл/день/ml /Day/日	

**Якщо ви жінка, дайте відповідь на наведені нижче запитання нижче. Ви вагітні чи можете бути вагітні?**

**/If female, answer the questions below. Are you pregnant, or possibly pregnant?**

**/女性の方のみお答えください。妊娠していますか、またその可能性はありますか。**

- Hi/No /いいえ  Так/Yes /はい  Не знаю/Do not know/わからない

**Ви годуєте груддю?/Are you breastfeeding?**  
**/現在、授乳中ですか。**

- Hi/No /いいえ  Так/Yes /はい

**Якщо у вас є особливі побажання щодо консультації, вкажіть.**

**/If you have a special request concerning the consultation, check the box.**

**/診察でのご希望がある場合は、☑をしてください。**

- Я хочу, щоб мене заздалегідь інформували про передбачувані медичні витрати.  
 /I want to be informed of my estimated medical expenses in advance. /あらかじめ、医療費の概算を教えてください。  
 Я хочу мати перекладача, якщо є послуга перекладача.  
 Я хочу мати перекладача, якщо є послуга перекладача.  
 Я хочу мати інтерпретера, якщо є послуга інтерпретера. /通訳がある場合は、通訳を付けてほしい。  
 Інше/Other(s)/その他 :