

**Анкета щодо гастроентерології/Gastroenterology Questionnaire/消化器科 問診票**

<b>Ім'я та прізвище пацієнта</b> /Name of patient /患者氏名				<b>Тільки для персоналу</b> /For staff only /医療機関記入欄	BT= °C
<b>Дата народження</b> /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
<b>Зріст/Висота/Height/Weight/身長・体重</b>	_____ cm/cm		_____ kg/kg	<b>Стать/Sex/性別</b>	RR= хв./min./分
<b>Алергії/Allergies</b> /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。)

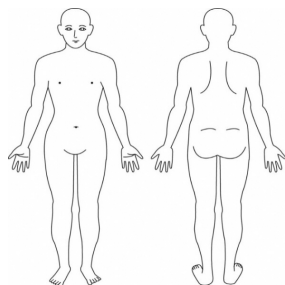
- |   |  |  |   |   |  |
|---|--|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Нудота/Nausea<br>/吐き気                | <input type="checkbox"/> Блювання<br>/Vomiting/嘔吐                    | <input type="checkbox"/> Діарея<br>/Diarrhea/下痢                    | <input type="checkbox"/> Відрижка<br>/Burping/げっぷ             | <input type="checkbox"/> Закреп<br>/Constipation/便秘                                 | <input type="checkbox"/> Печія/Heartburn<br>/胸やけ |
| <input type="checkbox"/> Кров'янистий кал<br>/Bloody stool/血便 | <input type="checkbox"/> Блювання кров'ю<br>/Vomiting blood<br>/血を吐く | <input type="checkbox"/> Втрата апетиту<br>/Appetite loss<br>/食欲減退 | <input type="checkbox"/> Втрата ваги<br>/Weight loss<br>/体重減少 | <input type="checkbox"/> Застрягання їжі у горлі<br>/Food stuck in throat/食事のどにつかえる |  |
- В іншій клініці/лікарні (або під час звичайного медогляду) мені порадили звернутися сюди.  
/I 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)
- Інше/Other(s)  
/その他:

**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<br>/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<br>/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。



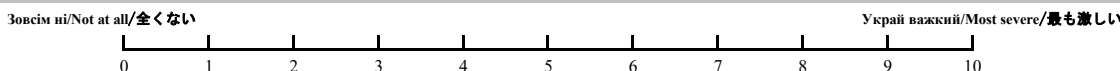
**Коли виникає симптом?/When does the symptom occur?**  
/症状はどのようなときに現れますか。

- |   |  |   |   |
|---|--|---|---|
| <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/就寝中 |
| <input type="checkbox"/> Під час пробудження<br>/When waking up/起床時 | <input type="checkbox"/> Нерегулярно<br>/Irregular/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。

- Постійний/Constant/絶え間なく、続いている
- Симптом з'являється і зникає/The symptom comes and goes  
/症状が出たり消えたりしている
- Симптом поступово посилюється/The symptom is gradually worsening  
/徐々にひどくなってきている
- 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?下の数字のところを○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 \_\_\_\_\_ Місяць \_\_\_\_\_ День \_\_\_\_\_ Від близько/From about \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ до полудня/am/після полудня/pm  
/Year /Month /Day    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?**

Ні/No /いいえ       Так/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 (нирковокам'яна) 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. Шемічний 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
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。**

- Ні/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☑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。**

- Ні/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 _____сигарет(-а, -и) на день cigarettes/Day 本/日	Тривалість паління/Duration of smoking /喫煙期間 _____Рік/Year/年	Рік, коли ви кинули палити /Year when you stopped smoking /喫煙をやめた年 _____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。**

- Ні/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。**

- Ні/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。**

- Ні/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.  
/I want to have an interpreter if an interpreter service is available./通訳がある場合は、通訳を付けてほしい。
- Інше/Other(s)/その他 :

本資料は、医師や法律の専門家等の監修をうけて作成されておりますが、日本と外国の言葉や制度等の違いにより解釈の違いが生じた際には、日本語を優先とします。  
This English translation has been prepared under the supervision of doctors, legal experts or others. When any difference in interpretation arises because of a nuanced difference in related languages or systems, the Japanese original shall be given priority.  
Цей український переклад підготовлено під наглядом лікарів, юридичних експертів або інших осіб. Коли будь-яка різниця в тлумаченні виникає через нюансову різницю в суміжних мовах або системах, японському оригіналу надається пріоритет.