

Анкета щодо ортопедії/Orthopedics Questionnaire/整形外科 問診票

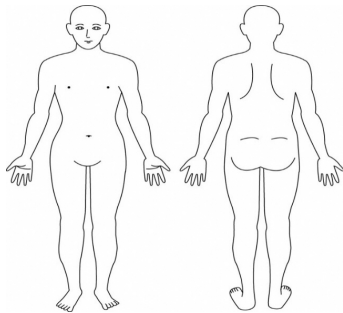
Ім'я та прізвище пацієнта /Name of patient /患者氏名				Тільки для персоналу /For staff only /医療機関記入欄	BT=	°C
Дата народження /Date of birth /生年月日 (西暦)	Рік /Year/年	Місяць /Month/月	День /Day/日		PR=	хв./min./分
	(Років/Years old/歳)		BP=	мм ртут. стовп. /mmHg	
Зріст/Висота/Height/Weight/身長・体重	cm/cm kg/kg			RR=	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=	%	
				<input type="checkbox"/> Чоловіча/Male/男性 <input type="checkbox"/> Жіноча/Female/女性		

Яка сьогодні проблема? (Позначте все, що застосовно)/What is the problem today?(Check all that apply.)
/今日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"/> набряк
/Swelling/腫脹 | <input type="checkbox"/> біль/Pain/痛み | <input type="checkbox"/> лихоманка
/Fever/発熱 | <input type="checkbox"/> затертість
/Numbness/しびれ | <input type="checkbox"/> розтягнення зв'язок
/Sprain/ねんざ | <input type="checkbox"/> ускладнене згинання суглобів
/Difficulty bending joints
/関節が曲げられない |
| <input type="checkbox"/> травма
/Injury/けが | <input type="checkbox"/> скутість шиї та плечей
/Stiff neck and shoulders
/肩こり | <input type="checkbox"/> вивих
/Dislocation/脱臼 | <input type="checkbox"/> труднощі з рухом рук та ніг
/Difficulty moving hands and feet
/手足が動きにくい | | |
- 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:

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。



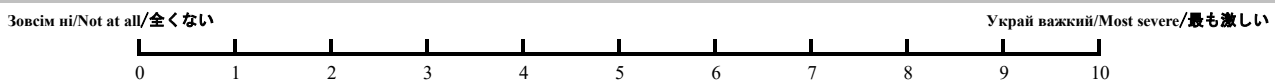
Коли виникає симптом?/When does the symptom occur?
/症状はどのようなときに現れますか。

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

Який характер симптом?/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、どのくらいですか?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 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
 _____ /年 _____ /月 _____ /日

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 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. 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. Податра/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. Пилюкова 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。

- 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	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。

- 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 sake /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 :