

## Анкета щодо отоларингології/ENT Questionnaire/耳鼻咽喉科 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= PR= BP= RR= SPO2=	°C хв./min./分 мм ртут. стовп. /mmHg хв./min./分 %
Дата народження /Date of birth /生年月日 (西暦)	Рік /Year/年 (	Місяць /Month/月 Років/Years old/歳)	День /Day/日			
Зріст/Bara/Height/Weight/身長・体重	_____ см/cm		_____ кг/kg	Стать/Sex/性別	<input type="checkbox"/> Чоловіча/Male/男性 <input type="checkbox"/> Жіноча/Female/女性	
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:					

Що саме у вас потрібно обстежити?/What part do you want to have examined?  
/今日は何の部位を診察ご希望ですか。

- Вуха/Ears/耳 →  Праве/Right/右  Ліве/Left/左  Обидва/Both/両方  
 Ніздрі носа/Nose/鼻 →  Права/Right/右  Ліва/Left/左  Обидві/Both/両方  
 Горло/Throat/のど

Якщо ви поставили галочку біля «Вуха», то який симптом? (Позначте все, що застосовно)  
/If you checked "Ear", what is the symptom? (Check all that apply.)

/「耳」に☑された方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。)

- Дзвеніння у вуху  
/Ringing in the ear /耳鳴り
- Біль у вусі  
/Earache/耳が痛い
- Складнощі зі слухом  
/Difficulty hearing /難聴
- Виділення з вух  
/Ear discharge /耳だれ
- Відчуття закупореного вуха  
/Clogged ear feeling/耳閉感
- Запаморочення  
/Dizziness/めまい
- Чужорідне тіло у вусі  
/Foreign body in the ear /Write the name of the foreign object in your ear:  
/耳に物が入った /耳に入ったものを書いてください: \_\_\_\_\_
- 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: \_\_\_\_\_

Якщо ви поставили галочку біля «Ніс», то який симптом? (Позначте все, що застосовно)  
/If you checked "Nose," what is the symptom? (Check all that apply.)

/「鼻」に☑された方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。)

- Кровотеча з носа  
/Nosebleed/鼻血
- Нежить  
/Runny nose/鼻水
- Складнощі з нюханням  
/Difficulty smelling /においがわからない
- Закладеність носа  
/Nasal congestion /鼻づまり
- Чхання/Sneezing  
/くしゃみ
- Хропіння  
/Snoring/いびき
- Сильний запах  
/Strong smell/異臭
- Щось застрягло в носі  
/Something is stuck in the nose /Write the name of the foreign object in your nose:  
/鼻に物が入った /鼻に入ったものを書いてください: \_\_\_\_\_
- 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)
- Пилкова алергія  
/Pollen allergy/花粉症
- Інше/Other(s)  
/その他: \_\_\_\_\_

Якщо ви поставили галочку біля «Горло», то який симптом? (Позначте все, що застосовно)  
/If you checked "Throat," what is the symptom? (Check all that apply.)

/「のど」に☑された方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。)

- Виразка ротової порожнини/Oral ulcer  
/口内炎
- Кровотеча з горла  
/Bleeding from the throat
- Складнощі з ковтанням  
/Difficulty swallowing /飲み込みにくい
- Хриплий голос  
/Hoarse voice /声がかる
- Біль у язичці  
/Tongue pain /舌が痛い
- Біль у горлі  
/Sore throat /のどが痛い
- набряк обличчя або шиї  
/Swelling of the face or neck/顔・首の腫れ
- Порушення смаків  
/Taste disorder /味覚異常
- Кашель/Cough/咳
- Мокротиння (слиз)  
/Phlegm (mucus)/痰
- Щось застрягло в горлі  
/Something is stuck in the throat /Write the name of the foreign object in your throat:  
/喉に物が引っかかっている /喉に引っかかっているものを書いてください: \_\_\_\_\_
- Відчуття, наче щось застрягло в горлі  
/Feeling like something is stuck in my throat/喉に物が詰まった感じ
- 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: \_\_\_\_\_

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

Рік \_\_\_\_\_ Місяць \_\_\_\_\_ День \_\_\_\_\_  
/Year/年 /Month/月 /Day/日

Від близько/From about \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ до полудня/am/після полудня/pm  
午前・午後 時 分ごろから

Коли симптом трапляється?/When does the symptom occur?  
/症状はどのような時に現れますか。

- Вранці  
/Morning/朝
- Денний час  
/Daytime/昼
- Вечері  
/Evening/夕方
- Під час перебування у ліжку/While in bed /就寝中
- Під час пробудження  
/When waking up /起床時
- Нерегулярно  
/Irregular/不定期
- Інше/Other(s)  
/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 поступово посилюється/The symptom is gradually worsening.  
/徐々にひどくなってきている
- Симптом з'являється і зникає/The symptom comes and goes.  
/症状が出たり消えたりしている
- Інше/Other(s)/その他: \_\_\_\_\_

**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			④		
②			⑤		
③			⑥		

**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)	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. Подарга/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。

- 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 :