

患者氏名 :  
患者ID :

Українська мова / Ukrainian / ウクライナ語

## Медицина анкета щодо анестезії/Medical Questionnaire for Anesthesia/麻醉問診票

Ім'я та прізвище пацієнта /Patient name /患者氏名						
Дата народження /Date of birth /生年月日	Рік/Year/年 Місяць/Month/月 День/Day/日	Вік /Age /年齢	Роки(ів) /years old/歳	Стать /Sex /性別	<input type="checkbox"/> Чоловіча /Male/男	<input type="checkbox"/> Жіноча /Female/女

Перед виконанням анестезії ми б хотіли оцінити ваш фізичний стан. Будь ласка, дайте відповіді на наведені нижче запитання у міру своїх знань.

/Prior to performing anesthesia, we would like to evaluate your physical condition. Please answer the following questions to the best of your knowledge.

/麻醉を行うにあたり、貴方のお体の状態を確認いたします。お分かりになる範囲で結構ですので、以下の質問にお答えください。

Позначте все, що застосовно./Please check all that apply./あてはまるものにチェックしてください。

### 1. Чи робили вам коли-небудь анестезію для хірургічної операції та/або процедури?

/Have you ever had anesthesia for surgery and/or procedure?

/今までに手術・処置などで麻酔を受けたことがありますか。

Ні/No/いいえ

Так/Yes/はい

Тип хірургічної операції/процедури/Type of surgery/procedure/手術・処置名 : \_\_\_\_\_

### 2. Ви в даний час лікуєтесь або колись лікувались від якихось (якоїсь) хвороб(и)?

/Are you currently being treated for or have you ever been treated for any disease(s)?

/現在治療を受けている、あるいは過去に治療を受けた病気がありますか。

Ні/No/いいえ

Так/Yes/はい

Якщо так, то поставте галочку(и) із зазначенням хвороб, від яких ви лікуєтесь/лікувались.

/If yes, check the box(es) indicating the diseases you are/were treated for.

/「はい」と答えた方は該当の病名を下記から選んでください。

Гіпертонія/Hypertension/高血圧

Цукровий діабет/Diabetes mellitus/糖尿病

Гіперліпідемія/Hyperlipidemia/高脂血症

Захворювання серця/Heart disease/心臓の病気

Якщо обрано «так» для захворювань серця, то поставте галочку(и) із зазначенням захворювань, від яких ви лікуєтесь/лікувались.

/If yes for heart disease, check the box(es) indicating the diseases you are/were being treated for.

/「心臓の病気」に☑した方は該当の病名を下記から選んでください。

Стенокардія/Інфаркт міокарда/Angina pectoris/Myocardial infarction/狭心症・心筋梗塞

Захворювання клапанів/Valve disease/心臓弁膜症

Серцева недостатність/Heart failure/心不全

Інші хвороби серця/Other heart diseases/その他の心臓病 :

Захворювання легень та дихальних шляхів/Lung and respiratory disease/肺・呼吸器の病気

Якщо обрано «так» для захворювань легень та дихальних шляхів, то поставте галочку(и) із зазначенням захворювань, від яких ви лікуєтесь/лікувались.

/If yes for lung and respiratory disease, check the box(es) indicating the diseases you are/were being treated for.

/「肺・呼吸器の病気」に☑した方は該当の病名を下記から選んでください。

Астма/Asthma/喘息

Емфізема/Emphysema/肺気腫

Інші захворювання легень та дихальних шляхів/Other lung and respiratory diseases/その他の肺・呼吸器の病気 :

Захворювання печінки/Liver disease/肝臓の病気

Якщо обрано «так» для захворювань печінки, то поставте галочку(и) із зазначенням захворювань, від яких ви лікуєтесь/лікувались.

/If yes for liver disease, check the box(es) indicating the diseases you are/were being treated for.

/「肝臓の病気」に☑した方は該当の病名を下記から選んでください。

Вірусний гепатит (A・B・C) /Viral hepatitis (A・B・C) /ウイルス性肝炎 (A・B・C)

Цироз/Cirrhosis/肝硬変

Інші захворювання печінки/Other liver diseases/その他の肝臓の病気 :

患者氏名 :  
患者ID :

Українська мова / Ukrainian / ウクライナ語

**Хвороба нирок/Kidney disease/腎臓の病気**

Якщо обрано «так» для захворювань нирок, то поставте галочку(и) із зазначенням захворювань, від яких ви лікуєтесь/лікувались.  
/If yes for kidney disease, check the box(es) indicating the diseases you are/were being treated for.

/「腎臓の病気」に☑した方は該当の病名を下記から選んでください。

- Діабетична нефропатія/Diabetic nephropathy/糖尿病性腎症
- Нефротичний синдром/Nephrotic syndrome/ネフローゼ症候群
- Гломерулонефрит/Glomerulonephritis/糸球体腎炎
- Інші захворювання нирок/Other kidney diseases/その他の腎臓の病気 :

**Захворювання мозку/Brain disease / 脳**の病気

Якщо обрано «так» для захворювань мозку, то поставте галочку(и) із зазначенням захворювань, від яких ви лікуєтесь/лікувались.  
/If yes for brain disease, check the box(es) indicating the diseases you are/were being treated for.

/「脳

- Геморагічний інсульт/Ішемічний інсульт/Cerebral hemorrhage/Cerebral infarction/脳出血・脳梗塞
- Конвульсії/Епілепсія/Convulsions/Epilepsy/痙攣・てんかん
- Інші хвороби мозку/Other brain diseases/その他の脳の病気 :

**Шлунково-кишкові захворювання/Gastrointestinal disease/胃腸**の病気

Якщо обрано «так» для шлунково-кишкових захворювань, то поставте галочку(и) із зазначенням захворювань, від яких ви лікуєтесь/лікувались.

/If yes for gastrointestinal disease, check the box(es) indicating the diseases you are/were being treated for.

/「胃腸の病気」に☑した方は該当の病名を下記から選んでください。

- Хронічний гастрит/Chronic gastritis/慢性胃炎
- Інші шлунково-кишкові захворювання/Other gastrointestinal diseases/その他の胃腸の病気 :

**Захворювання очей/Eye disease/眼**の病気

Якщо обрано «так» для захворювань очей, то поставте галочку(и) із зазначенням захворювань, від яких ви лікуєтесь/лікувались.  
/If yes for eye disease, check the box(es) indicating the diseases you are/were being treated for.

/「眼の病気」に☑した方は該当の病名を下記から選んでください。

- Глаукома (порушення внутрішньоочного тиску)/Glaucoma (disorder of intraocular pressure) /緑内障 (眼圧の異常)
- Катаракта/Cataract/白内障
- Інші захворювання очей/Other eye diseases/その他の眼の病気 :

**Захворювання кісток та м'язів/Bone and muscle disease/骨や筋肉**の病気

Якщо обрано «так» для захворювань кісток та м'язів, то поставте галочку(и) із зазначенням захворювань, від яких ви лікуєтесь/лікувались.

/If yes for bone and muscle disease, check the box(es) indicating the diseases you are/were being treated for.

/「骨や筋肉の病気」に☑した方は該当の病名を下記から選んでください。

- Ревматоїдний артрит/Rheumatoid arthritis/関節リウマチ
- Остеопороз/Osteoporosis/骨粗鬆症
- Грижа міжхребцевого диска/Disk herniation/椎間板ヘルニア
- Інші захворювання кісток і м'язів/Other bone and muscle diseases/その他の骨や筋肉の病気 :

**Інші/Others/その他** :

**3. Ви в даний час приймаєте якісь ліки або добавки?**

**/Are you currently taking any medications or supplements?/薬やサプリメントを飲んでいませんか。**

- Ні/No/いいえ
- Так/Yes/はい

Назва лікарських засобів або добавок/Name of medication(s) or supplement(s)/薬品名 :

**4. Чи з'являлись у вас колись висип або утруднене дихання від деяких видів ліків або харчових продуктів?**

**/Have you ever developed a rash or experienced difficulty breathing from certain types of medication or foods?**

/薬や食物でじんましんが出たことや、息が苦しくなったことはありますか。

- Ні/No/いいえ
- Так/Yes/はい

- Назва ліків/Name of medication(s)/薬品名 :
- Назва харчових продуктів/Name of food(s)/食べもの :
- Інше/Others/その他 :

患者氏名：  
患者ID：

Українська мова / Ukrainian / ウクライナ語

**5. Ви вживаєте алкоголь?/Do you drink alcohol? /お酒を飲みますか。**

Hi/No/いいえ

Так/Yes/はい

<input type="checkbox"/> Пиво/Beer/ビール：	мл/день/ml / day/日	Японське sake/Japanese sake/日本酒：	мл/день/ml /day/日
<input type="checkbox"/> Віскі/Whisky/ウイスキー：	мл/день/ml / day/日	Вино/Wine/ワイン：	мл/день/ml /day/日
<input type="checkbox"/> Інші/Others/その他：			

**6. Ви палите?/Do you smoke?/煙草を吸いますか。**

Hi/No/いいえ

Так/Yes/はい

3/Since років/years old/歳から До/Until років/years old/歳まで  
Кількість цигарок/Number of cigarettes/本/день/day/日

**7. У вас є зубні протези, вставні зуби або розхитані зуби?**

**/Do you have any dentures, false teeth or loose teeth?/入れ歯、差し歯、ぐらぐらしている歯はありますか。**

Hi/No/いいえ

Так/Yes/はい

**8. Чи можете ви піднятися на один сходовий проліт?**

**/Are you able to walk up one flight of stairs?/一つ上の階まで、階段を歩いてのぼれますか。**

Hi/No/いいえ

Так/Yes/はい

**9. Чи траплялися у вас кровотечі, які не зупинялися, чи кровотечі, які виникали легко?**

**/Have you ever experienced bleeding that wouldn't stop or bleeding that occurred easily?**

/血が止まりにくい、血が出やすいことはありますか。

Hi/No/いいえ

Так/Yes/はい

**10. Чи були у когось у вашій родині проблеми після того, як він/вона переносив(-ла) хірургічну операцію чи анестезію?**

**/Has anyone in your family had any problems when he/she had surgery or anesthesia?**

/ご家族(血縁)の中で、手術・麻酔を受けた時に問題があった方はいますか。

Hi/No/いいえ

Так/Yes/はい

**11. (Тільки для жінок:) Ви вагітні чи можете бути вагітні?**

**/(Only for females:) Are you pregnant or possibly pregnant?/(女性の方のみ)妊娠している可能性はありますか。**

Hi/No/いいえ

Так/Yes/はい

→Якщо обрано «так», напишіть, скільки тижнів вагітні ви на даний момент.

/If yes, write how many weeks pregnant you are now.

/「はい」☑をした方は、以下に妊娠の週数を書いて下さい

(            Тижні(в) вагітності/Weeks of pregnancy/週)

Не знаю/Do not know/わからない

Будь ласка, повідомте нашому персоналу, якщо маєте якісь запитання, побоювання або побажання щодо анестезії.

**/Please let our staff know if you have any questions, concerns or requests about anesthesia.**

/麻酔に関して、ご質問、心配なこと、希望がありましたら、スタッフまでお伝えください。