

Анкета щодо психіатрії/Psychiatry Questionnaire/精神科 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=	xв./min./分	
Років/Years old/歳)					BP=	мм ртут. стовп. /mmHg	
Зріст/Висота/Height/Weight/身長・体重	_____	_____		RR=	xв./min./分	SPO2=	%
		cm/cm	kg/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:						

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。(複数ある方は複数回してください。)

- | | | | | | |
|---|--|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Безсоння
/Insomnia/不眠
Проблема з родиною
/Problem with family
/家庭の悩み
Пришвиджене
серцебиття
/Palpitation/動悸
Втрата ваги
/Lose weight
/体重が減る

<input type="checkbox"/> 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)

<input type="checkbox"/> Інше/Other(s)
/その他: | <input type="checkbox"/> Неспокій
/Anxiety/不安
Проблема на роботі
/Problem at work
/職場の悩み
Наявність фізичних симптомів
/Have physical symptoms
/身体の症状がある
Нездатність рухати тілом
/Cannot move the body
/身体がうごかない | <input type="checkbox"/> Знервованість
/Nervous/緊張する
Проблема зі школою
/Problem with school
/学校の悩み
Відчуття, наче я хочу померти.
/I feel like I want to die.
/死にたくなる | <input type="checkbox"/> Відчуття пригніченості
/Feel depressed
/気分が滅入る
Ненормальний апетит
/Abnormal appetite
/食欲異常
Утруднене дихання
/Difficulty breathing
/息苦しさ | <input type="checkbox"/> Запеклість сил
/Low energy
/やる気が出ない
Страх перед іншими людьми
/Fear of other people
/人が怖い
Піт на руках
/Sweat in the hands
/手に汗をかく | <input type="checkbox"/> Знижена концентрація
/Lowered concentration
/集中力低下
Слухові галюцинації
/Auditory hallucination
/幻聴・幻覚
Самовільний рух тіла
/The body moves spontaneously
/身体が勝手に動く |
|---|--|---|--|---|---|

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.
/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.
/徐々にひどくなってきている

<input type="checkbox"/> Інше/Other(s)/その他: |
|---|---|

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 ваш симптом проходить?/Is your symptom improving? /現在、その症状はよくなっていますか。

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Симптом слабне./The symptom is getting better.
/よくなってきている | <input type="checkbox"/> Симптом посилюється./The symptom is getting worse.
/悪くなってきている |
|---|---|

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			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/Тreatment 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. 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. 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 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 :