

エスニコ健康データ S-NICO Health Data

ロシア語訳版 Японско-русская медкарта JR-1801

年 год _____ 月 месяц _____ 日 число _____ 曜日 день недели _____

必要事項をお書き下さい。Пожалуйста, заполните анкету.

氏名 ФИО	
生年月日 Дата рождения	年 год _____ 月 месяц _____ 日 день _____
年齢 Возраст	才 _____ лет
血液型 Группа крови	RH: <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> 不明 затрудняюсь ответить
性別 Пол	<input type="checkbox"/> 男 M <input type="checkbox"/> 女 Ж
身長 Рост 体重 Вес	_____ cm _____ cm _____ kg _____ кг.
健康保険 Медицинская страховка	<input type="checkbox"/> ない нет <input type="checkbox"/> 社会保険 Социальное страхование <input type="checkbox"/> 国民健康保険 Система национального медицинского страхования «Кокумин кенко хокэн» <input type="checkbox"/> その他 прочее _____
国籍 Гражданство	
母国語 Родной язык	
話せる言語 На каких языках вы говорите?	<input type="checkbox"/> 英語 по-английски <input type="checkbox"/> 中国語 по-китайски <input type="checkbox"/> 韓国語 по-корейски <input type="checkbox"/> その他 прочие языки _____
現住所 Домашний адрес	〒 _____
自宅電話番号 Домашний телефон	
FAX番号 Факс	
携帯電話番号 Мобильный телефон	
Eメールアドレス Эл. почта	
職業 Профессия	<input type="checkbox"/> 大学生 студент <input type="checkbox"/> 留学生 учащийся за границей <input type="checkbox"/> 教員 преподаватель <input type="checkbox"/> 公務員 государственный служащий <input type="checkbox"/> 会社員 служащий <input type="checkbox"/> 自営 частный предприниматель <input type="checkbox"/> サービス業 работник сферы обслуживания <input type="checkbox"/> 無職 безработный <input type="checkbox"/> その他 прочее _____
勤務先又は学校名 Место работы или учебы	
勤務先又は学校の所在地、電話番号 Адрес по месту работы или учебы, номер телефона	〒 _____ <div style="text-align: right;">電話番号 Телефон _____</div>

現在までの在日期間 Срок пребывания в Японии.	<input type="checkbox"/> 1週間以内 в пределах 1 недели <input type="checkbox"/> 1ヶ月以内 в пределах 1 месяца <input type="checkbox"/> 1年以内 в пределах 1 года <input type="checkbox"/> 1～3年 1～3 года <input type="checkbox"/> 3年以上 более 3 лет
同居家族 Совместно проживающие	<input type="checkbox"/> いない нет <input type="checkbox"/> 夫 муж <input type="checkbox"/> 妻 жена <input type="checkbox"/> 子 дети <input type="checkbox"/> 友人 приятель <input type="checkbox"/> 父 отец <input type="checkbox"/> 母 мать <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 брат / сестра <input type="checkbox"/> その他 прочее _____
緊急時の連絡先、電話番号 Адрес и номер телефона при чрезвычайных обстоятельствах	〒 _____ 電話番号 Телефон _____
飲酒 Употребление алкоголя	<input type="checkbox"/> 全く飲まない не употребляю <input type="checkbox"/> 時々飲む иногда <input type="checkbox"/> 毎日飲む каждый день <input type="checkbox"/> その他 прочее _____
1日の喫煙 Употребление табака	<input type="checkbox"/> 吸わない не употребляю <input type="checkbox"/> 1～10本 1～10 сигарет в день <input type="checkbox"/> 11～20本 11～20 сигарет в день <input type="checkbox"/> 21本以上 более 20 сигарет в день
習慣上食べられないもの Неупотребляемые продукты питания	<input type="checkbox"/> ない нет <input type="checkbox"/> 豚肉 свинина <input type="checkbox"/> 牛肉 говядина <input type="checkbox"/> 鶏肉 курица <input type="checkbox"/> その他 прочее _____
食物アレルギー Аллергия на продукты питания	<input type="checkbox"/> ない нет <input type="checkbox"/> ある есть 食物の名 название продукта _____
薬品アレルギー Аллергия на лекарства	<input type="checkbox"/> ない нет <input type="checkbox"/> ある есть 薬品名 название лекарства _____
服用中の薬はありますか？ Принимаете ли Вы лекарства на данный момент？	<input type="checkbox"/> ない нет <input type="checkbox"/> ある да 薬品名 название лекарства _____
現在治療中の病名 Название текущего заболевания	
既往症 Перенесенные ранее заболевания	<input type="checkbox"/> ない нет <input type="checkbox"/> はしか корь <input type="checkbox"/> 虫垂炎 аппендицит <input type="checkbox"/> 結核 туберкулез <input type="checkbox"/> その他 прочее _____
持病 Хронические заболевания	<input type="checkbox"/> ない нет <input type="checkbox"/> ぜんそく астма <input type="checkbox"/> 痛風 подагра <input type="checkbox"/> 心臓病 сердечные болезни <input type="checkbox"/> その他 прочее _____
現在気になる症状はありますか？ Есть ли у Вас какие-либо симптомы болезни？	<input type="checkbox"/> ない нет <input type="checkbox"/> ある да どんな症状ですか？ Какие это симптомы? _____
診断によっては入院できますか？ В зависимости от диагноза, Вы сможете лечь в больницу немедленно？	<input type="checkbox"/> 不可能 не смогу <input type="checkbox"/> 可能 смогу <input type="checkbox"/> 不明 затрудняюсь ответить

入院が不可能な方、理由は？ Если не можете лечь в больницу, то по какой причине?	<input type="checkbox"/> 経済的理由 финансовые причины <input type="checkbox"/> 仕事上 работа <input type="checkbox"/> 家族の世話 семья <input type="checkbox"/> その他 прочее _____
入院時に保証人になってくれる 日本人はいますか？ Имеется ли у Вас японский гарант при необходимости лечь в больницу?	<input type="checkbox"/> いない нет <input type="checkbox"/> いる да 氏名 ФИО _____ 連絡先 номер телефона _____
病院に対して不安はありますか？ Есть ли у Вас беспокойства по поводу лечения или больницы?	<input type="checkbox"/> ない нет <input type="checkbox"/> ある есть <input type="checkbox"/> 治療費 расходы на лечение <input type="checkbox"/> 言語 язык <input type="checkbox"/> 習慣 привычки <input type="checkbox"/> その他 прочее _____
輸血を受けたくない宗教的、そ の他の理由がありますか？ Есть ли какие-либо религиозные или прочие причины, которые мешают Вам согласиться на переливание крови?	<input type="checkbox"/> ない нет <input type="checkbox"/> ある есть 理由 причины _____ _____ _____
宗教、或いは別の事柄で医療機 関に知らせておくことがありま すか？ Существуют ли любые другие религиозные и прочие обстоятельства, о которых сотрудники больницы должны знать?	<input type="checkbox"/> ない нет <input type="checkbox"/> ある да <input type="checkbox"/> キリスト教 христианство <input type="checkbox"/> イスラム教 ислам <input type="checkbox"/> 仏教 буддизм <input type="checkbox"/> ヒンズー教 индуизм <input type="checkbox"/> その他 прочее _____

この対訳問診票は、外国人医療のサポートのためにNPO法人エスニコが独自に作成したものです。営業目的のために無断でコピー、販売、使用することを禁じます。 特定非営利活動法人エスニコ
Эта медицинская карта выпущена НПО «Эснико». НПО «Эснико» ставит своей целью оказание поддержки в медицинском обслуживании иностранцев. Копирование, продажа и прочее употребление данной медкарты без разрешения автора и издателя строго воспрещается. НПО «Эснико»