

多言語診療ツール ウクライナ語【増補編】 Українська

Vol.1【問診編】



千葉県医師会
千葉県薬剤師会

ご挨拶

在留外国人や訪日外国人旅行者の増加により、日常の診療においても外国人患者を診療する機会が増え、上手くコミュニケーションがとれず対応に苦慮されることも多々あるかと存じます。

これまで千葉市医師会医業対策研究委員会では、外国人患者と少しでもスムーズなコミュニケーションがとれ、会員の先生や医療スタッフの負担が軽減されるよう、「多言語診療ツール」として4か国語の説明用資料を作成して、会員医療機関に提供して参りました。

現在、ウクライナから日本に避難する方々が増え続けており、今後更に増えることも予想されますことから、このたび当会作成の「多言語診療ツール」にウクライナ語版を追加作成し、配布することといたしました。

日常の診療でご活用いただければ幸いです。

千葉市医師会会長 齋藤 博明

※コピー・転載可（但し商業目的以外に限る）

この多言語診療ツール ウクライナ語版は千葉市医師会のホームページからも閲覧可能です。

Vol.1 【問診編】

Форма заявки пациента

診療申込票

Будь ласка, позначте відповідні поля

あてはまるものに✓をつけて下さい。

Ім'я:

氏名:

Стать: Чоловіча Жіноча

性別: 男 女

Дата народження:

生年月日:

Громадянство:

国籍:

Поточна адреса (місце перебування):

現在の住所(滞場所):

Номер телефону:

電話番号:

Ви розумієте японську мову? Так Так, але трохи Ні

日本語について:

解る

少しだけなら解る

解らない

Чи є у вас японське медичне страхування?

日本の健康保険証:

- Так -> Будь ласка, представте своє страхове свідоцтво.
有 →見せて下さい
- Ні -> У вас є посвідчення особи? Так -> Будь ласка, представте його.
無 →身分証明書 (ID) : 有 →見せて下さい
- Ні
無

Якщо у вас немає медичної страховки, вам доведеться заплатити від _____ до _____ ієн за
保険を使わない場合、初回の診察費は _____ ~ _____ 円 (薬代別) です。
початкову консультацію (медикаменти не входять до цієї вартості).

Ви можете заплатити більше в залежності від того, які процедури та (або) обстеження ви проходите.
検査や治療の内容によってはこの費用に収まらない場合もあります。

- Ви можете заплатити повну суму.
全額支払える
- Максимальна сума, яку ви можете сплатити: _____ ієн
_____ 円まで支払える

Чи є у вас бланк рецепта, виданий в Японії?

日本の薬手帳:

- Так -> Будь ласка, представте його. Ні
- 有 →見せて下さい 無

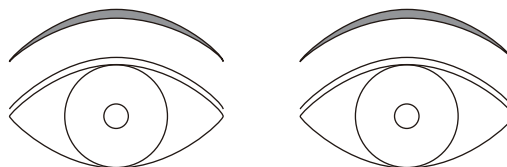
Медична анкета (офтальмологія)

眼科問診票

1 З яким оком у вас проблеми?

あなたの具合の悪い眼はどちらですか？

- Пправе око Ліве око Обидва
右眼 左眼 両眼



2 Коли почалися проблеми?

いつ頃からですか？

- () Сьогодні, () днів тому, () тижнів тому, () місяців тому, () років тому,
今日から、 日前から、 週間前から、 月前から、 年前から

3 Які у вас проблеми?

どのように具合悪いですか？

- Опухла повіка Припухлість на віці Висипання на віці
瞼（まぶた）が腫れている 瞼にしこりがある 瞼に発疹がある
- Опущена повіка
瞼が下がっている
- Сверблячі очі Очний біль Червоні очі Відчуття стороннього тіла
目がかゆい 目が痛い 白目が赤い ゴロゴロする
- Пил у оці Сльозотеча Виділення з очей Біла зона у зіниці
ゴミが入った 涙が出る 目やにが出る 黒目に白い物がある
- Чутливість до світла Зниження зору Нечіткий зір
まぶしい 目が見えなくなってきた 物がよく見えない
- Подвійний зір Запаморочення Втома очей Утруднений зір поблизу
二重に見える めまいがする 疲れる 手元が見づらい
- Миготіння очей Помутніння у зорі Видалення нарощених вій
目がチカチカする 黒い点や線などが見える 逆さまつげを抜いて欲しい
- Скринінг на наявність катаракти Скринінг на наявність глаукоми Фундоскопія
白内障検査 緑内障検査 眼底検査
- Дефекти поля зору Потрібен рецепт на окуляри Потрібен рецепт на контактні лінзи
視野が欠けている メガネを作りたい コンタクトレンズを作りたい

Медична анкета (хірургія)

外科問診票

Які проблеми у вас зараз?

どうしましたか？

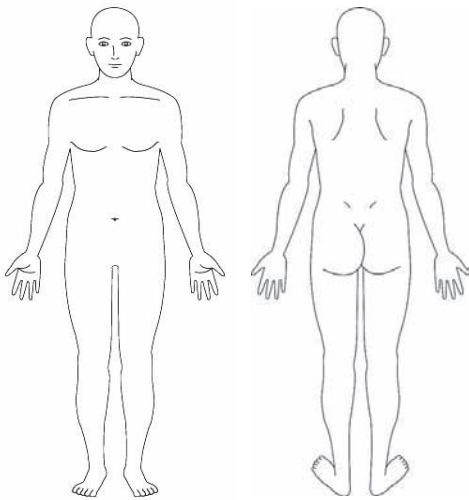
- Травма Гематома Пухлина Припухлість Опіки
外傷 打撲 腫脹 腫瘍 火傷

- Біль
痛い

- (Сверблячка Слабкість Тремтіння Болючість Тупий біль Періодичний біль)
刺すように 圧迫感 ずきずき ひりひりする 鈍痛 時々痛い

Будь ласка, вкажіть області, де ви відчуваєте симптоми.

症状のある場所に✓マークを着けて下さい。



Коли почалися симптоми?

症状はいつからですか？

- Приблизно _____ годин тому _____ днів тому _____ місяців тому
およそ 時間前 日前 月前

- Досить давно
以前から

У вас підвищена температура? _____ °C

熱はありますか？ _____ °C

Медична анкета (акушерство та гінекологія)

産婦人科問診票

Яка причина вашого сьогоднішнього візиту? どうしましたか?

Вагітність 妊娠

(Чи хотіли б ви народжувати в цій клініці народжувати в іншій клініці народжувати на батьківщині зробити аборт ще не вирішили)

当院でのお産を希望

他院でのお産を希望

帰国して出産

中絶

未定

Вагінальні виділення おりもの

Порухення менструального циклу 月経異常

Біль у животі 腹痛

Аномальна вагінальна кровотеча 不正出血

Сверблячка かゆみ

Скринінг на рак がん検診

Лікування безпліддя 不妊

Контрацепція 避妊

Поліп ポリープ

Кіста яєчника 卵巣のう腫

Фіброміома матки 子宮筋腫

Клімактеричне порушення 更年期障害

Венеричне захворювання 性病

Інше その他

Менструальний анамнез 月経について

Коли у вас була перша менструація? Вік: _____ років

初めて生理があったのはいつですか?

才

Коли у вас настала менопауза? Вік: _____ років

閉経はいつですか?

才

Чи є регулярним ваш менструальний цикл? Регулярний: _____ днів Нерегулярний

生理は順調ですか?

順調

日

不順

Як довго продовжуються ваші місячні? _____ днів

持続期間

日

Якою є кровотеча? Сильна Помірна Незначна

生理の量

多い

普通

少ない

Чи страждаєте ви від менструального болю? Ні Так

生理痛

ない

ある

Коли був перший день вашої останньої менструації? Дата (вказіть рік, місяць, число):

最終月経

年

月

日

Історія вагітності 妊娠歴

Кількість вагітностей: _____ разів

妊娠

回

Кількість пологів: _____ разів (звичайні пологи: _____ разів / ускладнені пологи: _____ разів)

分娩

回

(正常分娩

回、

異常分娩

回)

Кількість викиднів/абортів: _____ разів (викидні: _____ разів / аборти: _____ разів)

流産

回

(自然流産

回、

人工流産

回)

Медична анкета (вухо, горло, ніс)
耳鼻咽喉科問診票

- ・ Які у вас проблеми? Позначте все, що відчуваєте.
どうしましたか? あてはまるものすべてに✓をつけて下さい。

Вухо (□Праве вухо/□Ліве вухо)
耳 (右 左)

□ Біль
痛い

□ Виділення
耳だれ

□ Дзвін у вусі
耳なり

□ Сверблячка
かゆい

□ Сторонне тіло
異物

□ Труднощі зі слухом
聞こえが悪い

□ Відчуття наповненості у вусі
ふさがった感じ

□ Вушна сірка
耳垢

Ніс
鼻

□ Закладений ніс
鼻がつまる

□ Нежить
鼻がでる

□ Чханья
くしゃみ

□ Сторонне тіло
異物

□ Біль
痛い

□ Кровотеча
鼻血

□ Втрата нюху
においがわからない

Горло/язик
のど・舌

□ Біль у горлі
のどが痛い

□ Дискомфорт в горлі
のどの違和感

□ Кашель
咳

□ Мокрота
たん

□ Охриплий голос
声がかすれる

□ Втрата смаку
味がわからない

□ Афтозний стоматит
口内炎

□ Біль у язиці
舌が痛い

□ Онімільний язик
舌がしびれる

□ Дискомфорт на язичку
舌の違和感

□ Сторонне тіло
異物

Інше
その他

□ Запаморочення
めまい

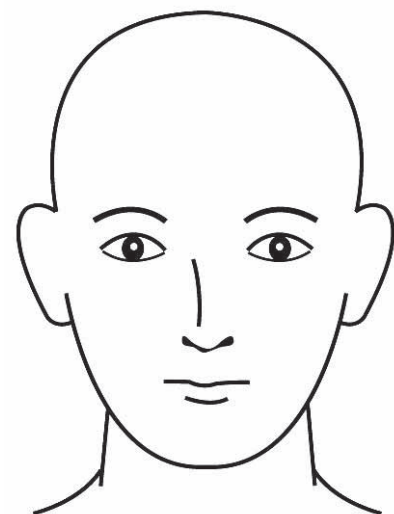
□ Головний біль
頭痛

□ Нудота
吐き気

□ Хропіння
いびき

□ набряк обличчя/шиї □ Гарячковий стан (____°C)
顔・首が腫れている 熱がある

- ・ Обведіть ділянки з відповідними проблемами.
具合の悪いところに○を付けて下さい。



- ・ Коли почалися проблеми?
いつごろからですか?

Дата: ____ рік ____ місяць ____ день
年 月 日から

Медична анкета (педіатрія)

小児科問診票

Що турбує пацієнта? どうしましたか

- | | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Лихоманка 発熱 | <input type="checkbox"/> Кашель 咳 | <input type="checkbox"/> Нежить 鼻汁 | <input type="checkbox"/> Поганий настрій 機嫌が悪い |
| <input type="checkbox"/> Зниження апетиту 食欲低下 | <input type="checkbox"/> Недостатнє споживання води 水分摂取不良 | | |
| <input type="checkbox"/> Біль у животі 腹痛 | <input type="checkbox"/> Діарея 下痢 | <input type="checkbox"/> Блювота 嘔吐 | |
| <input type="checkbox"/> Головний біль 頭痛 | <input type="checkbox"/> Висипання 発疹 | <input type="checkbox"/> Судоми ひきつけ | |
| <input type="checkbox"/> Інше その他 | | | |

Коли почалися симптоми? _____/років _____/місяців _____/днів тому
それはいつごろからですか 年 月 日前から

Чи є у пацієнта алергія на якісь ліки, продукти або інші речовини?

薬や食事等のアレルギーはありますか?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Астма 喘息 | <input type="checkbox"/> Атопія アトピー | |
| <input type="checkbox"/> Алергія на ліки () 薬アレルギー | | |
| <input type="checkbox"/> Харчова алергія () 食物アレルギー | | |
| <input type="checkbox"/> Інше () その他 | | |

Чи приймає пацієнт на даний момент якісь ліки?

現在飲んでいる薬はありますか?

- | | |
|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Ні いいえ | <input type="checkbox"/> Так () はい |
|------------------------------------|--|

Які види ліків може приймати пацієнт?

どんな種類の薬が飲めますか?

- | | | |
|--|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Сироп シロップ | <input type="checkbox"/> Порошок 粉 | <input type="checkbox"/> Таблетки або капсули 錠剤またはカプセル |
|--|---------------------------------------|--|

Перевірте щеплення, які отримав пацієнт.

接種済みの予防接種

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> БЦЖ BCG | <input type="checkbox"/> Поліомієліт ポリオ | <input type="checkbox"/> АКДС DPT |
| <input type="checkbox"/> Кір 麻疹 | <input type="checkbox"/> Краснуха 風疹 | <input type="checkbox"/> Вітряна віспа 水ぼうそう |
| <input type="checkbox"/> Свинка おたふくかぜ | <input type="checkbox"/> Ніб-вакцина ヒブ | <input type="checkbox"/> Пневмокок 肺炎球菌 |
| <input type="checkbox"/> Гепатит Б B型肝炎 | <input type="checkbox"/> Ротавірус ロタウイルス | <input type="checkbox"/> Вірус папіломи людини ヒトパピローマ |
| <input type="checkbox"/> Інше () その他 | | |

Чи були у пацієнта якісь із наведених нижче захворювань?

過去にどのような病気をしましたか?

- | | | | |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Кір 麻疹 | <input type="checkbox"/> Краснуха 風疹 | <input type="checkbox"/> Вітряна віспа 水ぼうそう | <input type="checkbox"/> Герпангіна ヘルパンギーナ |
| <input type="checkbox"/> Свинка おたふくかぜ | <input type="checkbox"/> Кашлюк 百日咳 | <input type="checkbox"/> Туберкульоз 結核 | |
| <input type="checkbox"/> Екзантема раптова 突発性発疹 | <input type="checkbox"/> Захворювання кистей рук, стоп та порожнини рота 手足口病 | <input type="checkbox"/> Астма 喘息 | |
| <input type="checkbox"/> Стрептококова інфекція 溶連菌感染症 | <input type="checkbox"/> Апендицит 虫垂炎 | <input type="checkbox"/> Астма 喘息 | |
| <input type="checkbox"/> Інше () その他 | | | |

Будь ласка, надайте наступну інформацію про народження пацієнта.

出産の状態はどんなでしたか?

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Гестаційний вік: _____тижнів 在胎 週 | <input type="checkbox"/> Вага при народженні: _____г 出生時体重 | |
| <input type="checkbox"/> Звичайні пологи 正常分娩 | <input type="checkbox"/> Кесарів розтин 帝王切開 | <input type="checkbox"/> Інші ускладнені пологи その他の異常分娩 |

Медична анкета (ортопедія)

整形外科問診票

◎ Які симптоми ви відчуваєте? (Позначте все, що відчуваєте.)

どのような症状でお困りですか (複数回答可)

- Біль Травма Оніміння
痛み けが しびれ
 Припухлість Пухлина Сверблячка
しこり 腫脹 かゆみ
 Розтягнення Втрата ваги Опіки Гарячковий стан
ひねった 体重減少 火傷 熱がある

◎ Коли почався (почалися) симптом(и)?

それはいつ頃からですか

西暦 _____ / років _____ / місяців _____ / днів тому
年 月 日から

◎ Вкажіть, якщо ви знаєте можливі причини.

原因となるきっかけが思い当たりましたらお書きください

◎ Чи проходили ви коли-небудь або проходите зараз лікування від симптому(-ів)?

今の症状で現在・過去に治療を受けていますか

- Так Ні
はい いいえ

Якщо так, будь ласка, надайте наступну інформацію.

はいの方へ

・ Назва лікарні:

病院名

・ Діагноз:

どのような診断でしたか

◎ Наскільки сильний біль ви відчуваєте зараз? Оцініть свій біль, обвівши цифру біля найкращого його

痛みの具合はどのくらいですか

痛みのレベルの数字に○をつけてください

опису.



◎ Обведіть ділянки з відповідними симптомами.

症状のあるところに丸をしてください

◎ Чи робили вам колись операції? Так Ні

手術を受けたことはありますか

はい

いいえ

Якщо так, вкажіть вид операції:

受けたことがある場合はどのような手術ですか

◎ Чи робили вам коли-небудь переливання крові? Так Ні

輸血をうけたことはありますか

はい

いいえ

◎ Чи були у вас проблеми під час анестезії? Так Ні

麻酔してなにかトラブルありましたか

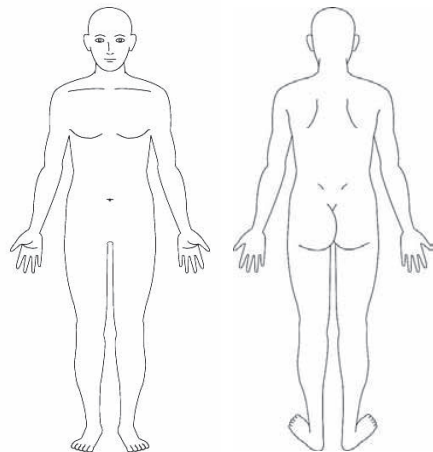
はい

いいえ

◎ Чи є у вас якесь інфекційне захворювання?

何か感染症はありますか

- Гепатит В Гепатит С Сифіліс ВІЛ/СНІД
B型肝炎 C型肝炎 梅毒 エイズ



Медична анкета (психіатрія)

精神科問診票

1. Що привело вас сюди сьогодні? どうしましたか?

- Труднощі зі сном
眠れない
- Пригніченість Відчуття млявості
憂うつ気分 元気がない
- Суїцидальні думки
死にたい
- Більша балакучість, ніж зазвичай Надмірна енергійність
いつもよりよくしゃべる 元気が良過ぎる
- Чутність голосів, коли нікого немає поруч
周りに人がいないのに声が聞こえる
- Відчуття того, що на вас хтось дивиться
人に見られている気がする
- Легка схвильованість
興奮しやすい
- Агресивність
暴力をふるう
- Тривожні/панічні напади
不安やパニック発作
- Нав'язливі/компульсивні переживання
強迫体験
- Судоми Втрата свідомості
けいれん 意識がなくなる
- Вживання алкоголю (Насильство Залежність)
アルコール (乱用 依存)
- Застосування стимуляторів (Насильство Залежність)
覚醒剤 (乱用 依存)
- Вживання інших психоактивних речовин (Насильство Залежність)
その他物質 (乱用 依存)
- Розлад пам'яті
記憶の障害
- Інше ()
その他

2. Коли почалися проблеми? それはいつごろからですか?

_____/років _____/місяців _____/днів тому
年 月 日 から

3. Хто вирішив відвідати це місце сьогодні? 本日の受診はどなたの意志ですか?

- Ви самі Члени сім'ї Друзі Поліція
本人 家族 友人 警察
- Персонал на робочому місці Інше ()
勤務先の人 その他

4. Чи були у вас якісь із наступних медичних станів? 今までにかかった病気はありますか?

- Перепади настрою
気分障害
- (Манія Депресія Маніакально-депресивний психоз)
躁病 うつ病 躁うつ病
- Шизофренія Панічний розлад
統合失調症 パニック障害
- Безсоння
不眠症
- Розлад особистості епілепсія
パーソナリティ障害 てんかん
- Алкогольна чи наркотична залежність деменція
アルコールや薬物依存 認知症
- Порушення розвитку розумова відсталість
発達障害 精神遅滞
- Дефіциту уваги з гіперактивністю
注意欠陥多動性障害
- Інше ()
その他

Медична анкета (медицина внутрішніх органів) 1

内科問診票

Якщо мета вашого візиту:

☆☆☆Постійне лікування будь-якого захворювання☆☆☆

既に治療中の疾患に対する継続治療を希望の方

Чи є у вас рекомендаційний лист? Так -> Будь ласка, представте його. Ні
紹介状の有無 あり→ 見せてください なし

- Хронічне захворювання, що потребує постійного лікування

慢性疾患に対する継続治療

Ваш поточний стан: Стабільний Схильність до загострення Схильність до ремісії
病状は 安定 悪化傾向 改善傾向

Ви відвідуватиме цю клініку: Тільки цього разу В даний час Відтепер завжди
当院の利用は 今回のみ しばらくの間 今後ずっと

- Якщо вищеазначене не відноситься до вас -> Вам також потрібно заповнити Частина 2 анкети.
上記以外の場合 → 内科問診票2も記入

Ваш діагноз: Підтверджений (діагноз:)
診断は 確定している (病名:)

- Ще не підтверджений
確定していない

Якщо мета вашого візиту:

☆☆☆Вакцинація☆☆☆

予防注射を希望の方

- Вакцина проти грипу

インフルエンザ

- Інші вакцини (вказіть:)
その他 (予防注射の種類:)

Якщо мета вашого візиту:

☆☆☆Медичне обстеження☆☆☆

検査を希望の方

- Медичні огляди

健康診断等

- Програма охорони здоров'я місцевих органів влади

自治体の健診・検診

- Корпоративна програма охорони здоров'я Інше

企業の健診

その他

- Додаткові/детальні обстеження через відхилення від норми лабораторних результатів

検査異常の再検査/精査

- Кров'яний тиск Аналіз крові Аналіз сечі Рентгенівський знімок

血圧

血液検査

尿検査

レントゲン

- Електрокардіограма Інше

心電図

その他

Ви принесли результати аналізів? Так -> Будь ласка, представте їх. Ні
検査資料は ある →見せてください ない

- Інше
その他

Якщо мета вашого візиту:

☆☆☆ Лікування поточних симптомів ☆☆☆

症状の治療を希望の方

• Коли почалися симптоми?

いつ/いつから

- Протягом декількох годин Сьогодні Кілька днів тому
数時間以内 今日 数日前
 Кілька тижнів тому Кілька місяців тому Принаймні рік тому
数週間前 数ヶ月前 1年以上前

• Ваші симптоми наразі:

現在の症状

- Схильність до загострення Стабільний Схильність до ремісії Відсутні
悪化傾向 不変 改善傾向 今はない

• Частота:

頻度

- Постійно (Ступінь тяжкості не змінилася ступінь тяжкості змінювалася)
連続 (症状一定 症状強弱あり)
 Кілька разів на день Майже кожен день Кілька разів на тиждень
日に数回 ほぼ毎日 週に数回
 Кілька разів на місяць Кілька разів на рік Один-два рази на сьогоднішній день
月に数回 年に数回 今までで1~2回

• Симптоми: (Позначте все, що відчуваєте.)

どのような (複数選択)

- Лихоманка Кашель/мокротиння Біль у горлі
発熱 咳・痰 のどの痛み
 Нежить/закладений ніс Головний біль Нудота/блювота
鼻水・鼻づまり 頭痛 嘔気・嘔吐
 Біль у животі Запор Діарея
腹痛 便秘 下痢
- Брак енергії/швидка втомлюваність Сухість в роті Надмірне потовиділення
だるい・疲れやすい 口渇 発汗異常
 Запаморочення Різка слабкість Судоми
めまい 立ちくらみ けいれん
 Порушення свідомості Легке падіння
意識障害 転びやすい
 Сильне серцебиття Аритмія Аномальний кров'яний тиск
動悸 不整脈 血圧異常
 Утруднення дихання Задишка Астма
呼吸苦 息切れ 喘息
 Швидке збільшення ваги Швидка втрата ваги Порушення сечовипускання
急な体重増加 急な体重減少 尿の異常
 Припливи спеки Відчуття холоду Пухлина
ほてる 冷える むくむ
 Біль Сверблячка Оніміння
痛い かゆい しびれる
 Дрижання Втрата сил/неможливість рухатися Зниження/втрата чутливості
震える 力が入らない・動かない 感覚が鈍い・感じない
 Печія Відсутність апетиту/повільне травлення Здуття живота
胸焼け 食欲不振・胃もたれ 腹が張る

Медична анкета (дерматологія)

皮膚科問診票

1. Будь ласка, дайте відповідь на наступні питання, що стосуються вашого поточного стану здоров'я.

今回の件について伺います。

1-a; Обведіть ділянки зі своїми симптомами. 症状がある所に○をつけてください。

1-b; Коли почалися симптоми? いつからですか?

_____/років _____/місяців _____/днів тому

Сьогодні близько _____ год.

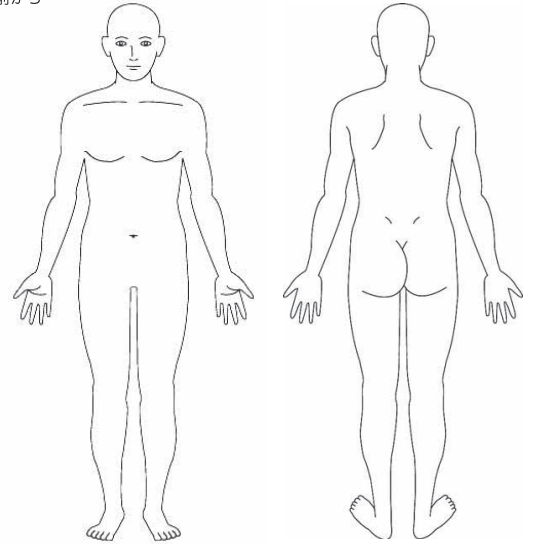
本日 時頃から

1-c; Чи маєте ви якісь суб'єктивні симптоми? 自覚症状はありますか?

Сверблячка Біль Припливи Озноб

Жар Інше Відсутні

かゆみ 痛み ほてり 悪寒 熱い その他 なし



1-d; Позначте все, що стосується ваших симптомів,

1-c について当てはまる言葉は?

вказаних у пункті 1-c.

Інтенсивний Помірний Постійний Іноді

強い 軽い 常に 時々

Неодноразово У холодну погоду У спекотну погоду Вранці

繰り返す 寒い時 暑い時 朝

У денний час Вночі Труднощі зі сном Пробудження від сверблячки

日中 夜間 眠れない 痒みで目が覚める

1-e; Якщо у вас є симптоми, пов'язані з травмами чи опіками, позначте відповідні пункти.

けがや火傷の方に伺います。当てはまるものは?

Вони виникли: На відкритому повітрі В приміщенні На робочому місці

屋外で 室内で 職場で

Чим спричинені: Ніж Скло Тварини Гаряча вода Пар Вогонь

原因: 刃物 ガラス 動物 湯 蒸気 火

Пляшка з гарячою водою/кишенькова грілка Машини Хімікати/Інше _____

湯たんぽ・カイロ 機械 薬品・その他

1-f; Чи проходили ви коли-небудь лікування з приводу вашого поточного стану?

今回の事に対して治療を受けた事がありますか?

В даний час проходжу лікування у медичних закладах

医療機関で治療中

Раніше проходив(-ла) лікування (до _____/років _____/місяців)

以前治療を受けた (年 月頃まで)

* Лікування містило: Пероральні ліки (назва препарату: _____)

治療の内容

Ліки місцевого застосування (назва препарату: _____)

Лікування ран Фототерапія Ін'єкції

傷の処置 光線 注射

Хірургія Інше _____

手術 その他

Проходив(-ла) лікування в немедичних закладах (наприклад, остеопатія, естетика та (або)

非医療機関 (整骨院・エステサロン・鍼灸院など) acupuncture

Використані безрецептурні препарати Використана косметика Відсутні

市販薬を使った 化粧品を使った なし

2. Чи була у вас алергічна реакція на якісь із наведених нижче речей?

下記のものにかぶれた事があればチェックして下さい。

Ліки місцевого застосування Шкірний пластир Дезінфікуючі засоби

塗り薬 貼り薬 消毒薬

Інші хімічні речовини

その他薬品

Косметика Метали Рослини Сонячне світло

化粧品 金属 植物 日光

Інше _____

その他

English

中文

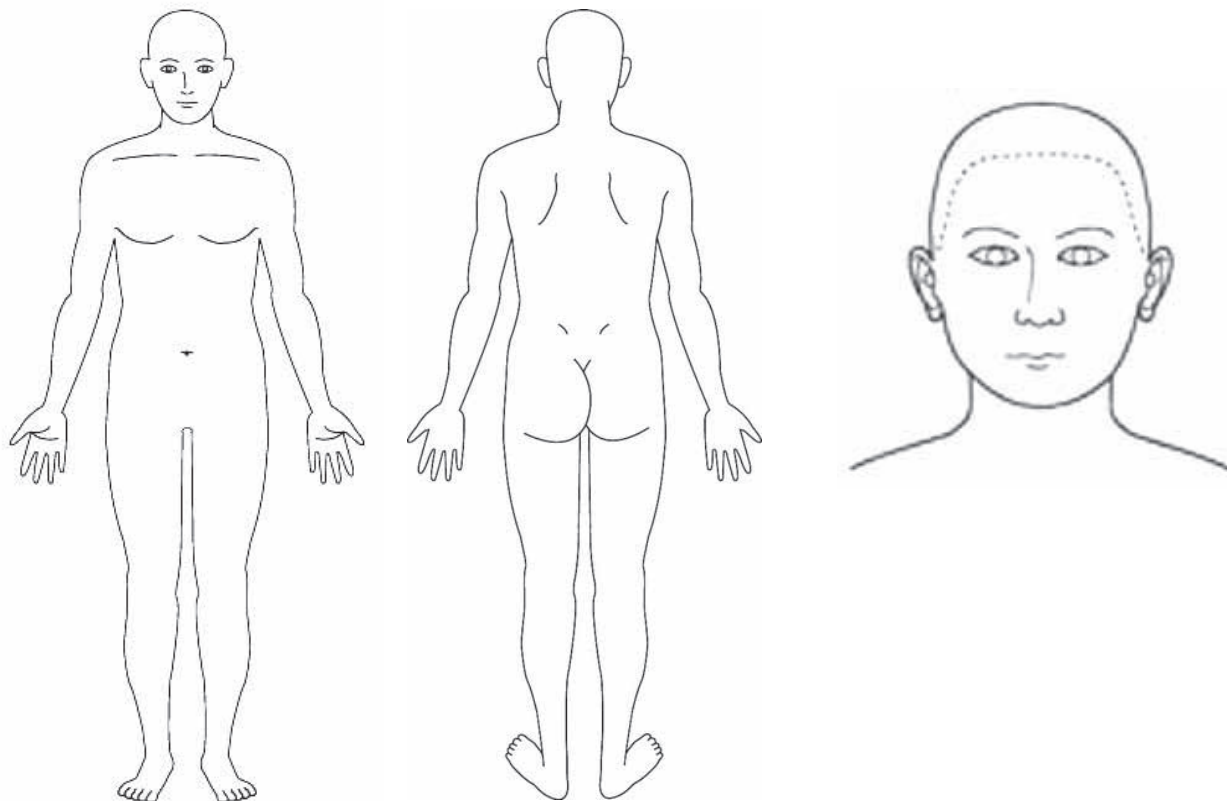
한국어

Español

日本語

Українська

※この用紙は、患者さんが来院時に解る言語を選択して
頂くのにご使用下さい。



- | | | | | |
|--|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Передній 前 | <input type="checkbox"/> Задній 後 | <input type="checkbox"/> Збоку 横 | <input type="checkbox"/> Верхній 上 | <input type="checkbox"/> Нижній 下 |
| <input type="checkbox"/> Поверхня 表 | <input type="checkbox"/> Всередині 中 | <input type="checkbox"/> Внизу 裏 | <input type="checkbox"/> Праворуч 右 | <input type="checkbox"/> Ліворуч 左 |
| <input type="checkbox"/> Багато 多い | <input type="checkbox"/> Мало 少ない | <input type="checkbox"/> Інтенсивний 強い | <input type="checkbox"/> Помірний 弱い | |
| <input type="checkbox"/> Голова 頭 | <input type="checkbox"/> Обличчя 顔 | <input type="checkbox"/> Око 目 | <input type="checkbox"/> Ніс 鼻 | <input type="checkbox"/> Рот 口 |
| <input type="checkbox"/> Вуха 耳 | <input type="checkbox"/> Горло 喉 | <input type="checkbox"/> Язик 舌 | <input type="checkbox"/> Трахея 気管 | <input type="checkbox"/> Стравохід 食道 |
| <input type="checkbox"/> Шлунок 胃 | <input type="checkbox"/> Грудна клітка 胸 | <input type="checkbox"/> Живіт 腹 | <input type="checkbox"/> Спинний хребет 背中 | <input type="checkbox"/> Поперек 腰 |
| <input type="checkbox"/> Надпліччя 上腕 | <input type="checkbox"/> Передпліччя 前腕 | <input type="checkbox"/> Рука 手 | <input type="checkbox"/> Палець 指 | <input type="checkbox"/> Ніготь 爪 |
| <input type="checkbox"/> Стегно 大腿 | <input type="checkbox"/> Гомілка 下腿 | <input type="checkbox"/> Стопа 足 | | |

千葉市医師会医業対策研究委員会

委員長 舟 波 裕 (外科医会)
副委員長 百 武 衆 一 (整形外科医会)
委員 前 田 樹里子 (皮膚科医会)
委員 渡 邊 悌 (眼科医会)
委員 織 田 泰 寛 (精神科医会)
委員 來 村 昌 紀 (内科医会)
委員 中 川 圭 介 (産婦人科医会)
委員 安 齋 聡 (小児科医会)
委員 堅 田 浩 司 (耳鼻科医会)

千葉市医師会福祉部

担当理事 宮 本 隆 行
副担当理事 池 田 雄 次
担当副会長 浅 井 隆 二

千葉市薬剤師会 研修・実務支援委員会

担当副会長 矢 崎 吉 一
委員長 加 藤 学
副委員長 藤 代 賢 誠
委員 片 山 尚 美、川 口 弘 子、
小 池 幸 全、作 田 朋 子、
菅 谷 衣 里 子、本 澤 葉 留 美、
丸 宗 孝、山 本 三 恵 子