

ІМ'Я: ПРІЗВИЩЕ: ВІК: ДАТА НАРОДЖЕННЯ:

ЯК ТИ СЕБЕ ПОЧУВАЄШ?
 [ТИ] [ЗАРАЗ] [ПОЧУВАТИСЬ] [ЯК?]

1 <input type="checkbox"/> КАШЕЛЬ	2 <input type="checkbox"/> НЕЖИТЬ/ЧХАННЯ	3 <input type="checkbox"/> БІЛЬ У ГОРЛІ	4 <input type="checkbox"/> ГАРЯЧКА	5 <input type="checkbox"/> ОЗНОБ/ХОЛОДНО
7 <input type="checkbox"/> ДІАРЕЯ (ПРОНОС)	8 <input type="checkbox"/> ЗАКРЕП (ЗАПОР)	9 <input type="checkbox"/> БЛЮВАННЯ	10 <input type="checkbox"/> ПІСЯТИ (СЕЧОВИПУСКАННЯ) ПРОБЛЕМА	11 <input type="checkbox"/> ТРАВМА
12 <input type="checkbox"/> ВТОМА	13 <input type="checkbox"/> ЗАПАМОРОЧЕННЯ/ЗНЕПРИТОМНЕННЯ	14 <input type="checkbox"/> ПРОБЛЕМИ ЗІ СНОМ	15 <input type="checkbox"/> СМУТОК	16 <input type="checkbox"/> ЗНЕРВОВАНІСТЬ
17 <input type="checkbox"/> СЕРЦЕ Б'ЄТЬСЯ СИЛЬНО/НЕРІВНОМІРНО	18 <input type="checkbox"/> ВИСОКИЙ ТИСК	19 <input type="checkbox"/> АЛЕРГІЯ/СЕНСИБІЛІЗАЦІЯ	20 <input type="checkbox"/> ДИХАТИ ПРОБЛЕМА	21 <input type="checkbox"/> БІЛЬ

ВПИШИ ІНШЕ:

З ЧИМ У ТЕБЕ ЗАРАЗ ПРОБЛЕМА?
 ТИ /ХВОРИЙ/ ЯК ВИГЛЯДАТИ?

 <input type="checkbox"/> ОБЛИЧЧЯ	 <input type="checkbox"/> РОТ	 <input type="checkbox"/> ОЧИ	 <input type="checkbox"/> ПЕЧІНКА	 ЛІВА ПРАВА ЗАД	 <input type="checkbox"/> КІСТКИ
 <input type="checkbox"/> ГОЛОВНИЙ МОЗОК	 ЛІВА ПРАВА ПЕРЕД	 <input type="checkbox"/> НІС	 <input type="checkbox"/> ПІДШЛУНКОВА ЗАЛОЗА		 <input type="checkbox"/> НИРКИ
 <input type="checkbox"/> СЕРЦЕ		 <input type="checkbox"/> ВУХО	 <input type="checkbox"/> ШЛУНОК		 <input type="checkbox"/> ХРЕБЕТ
 <input type="checkbox"/> ЛЕГЕНІ		 <input type="checkbox"/> КИШКІВНИК	 <input type="checkbox"/> ПІХВА	 <input type="checkbox"/> ПЕНІС	 <input type="checkbox"/> АНУС

 ТАК	 НІ	 РОЗУМІТИ	 НЕ РОЗУМІТИ	 ЗГОДА	 НЕМАЄ ЗГОДИ	 НЕ РОЗУМІТИ ПОТРІБЕН ПЕРЕКЛАДАЧ ЖЕСТОВОЇ МОВИ
---------	--------	--------------	-----------------	-----------	-----------------	---

КОЛИ ПОЧАЛАСЯ ХВОРОБА? [ТИ] [ХВОРОБА] [ПОЧАТОК] [БУВ] [КОЛИ?]

НЕДІЛЯ СУБОТА П'ЯТНИЦЯ ЧЕТВЕР СЕРЕДА ВІТРОК ПОНЕДІЛОК ВЧОРА СЬОГДНІ ЗАРАЗ

ДАТА? ГОДИНА?

ЯК ЧАСТО МАЄШ СИМПТОМИ ЗАХВОРЮВАННЯ? [ТИ ХВОРИЙ] [ЯК ЧАСТО] [СКІЛЬКИ РАЗІВ]

 <input type="checkbox"/> РАЗ НА ДЕНЬ	 <input type="checkbox"/> КІЛЬКА РАЗІВ НА ДЕНЬ СКІЛЬКИ <input type="text"/>	 <input type="checkbox"/> ЦІЛИЙ ДЕНЬ	 <input type="checkbox"/> РАЗ НА МІСЯЦЬ	 <input type="checkbox"/> КІЛЬКА РАЗІВ НА МІСЯЦЬ СКІЛЬКИ <input type="text"/>	 <input type="checkbox"/> ЦІЛИЙ МІСЯЦЬ
--	---	---	--	---	---

ЩОДЕННО

НЕДІЛЯ ПОНЕДІЛОК ВІТРОК СЕРЕДА ЧЕТВЕР П'ЯТНИЦЯ

КІЛЬКА НА ТИЖДЕНЬ скільки

ЩО ТИ РОБИВ, КОЛИ ПОЧАЛАСЯ ХВОРОБА? [ТИ] [ХВОРОБА] [ПОЧИНАТИ] [ТИ]? [РОБИТИ] [ЩО?]

 <input type="checkbox"/> ЇЖА	 <input type="checkbox"/> СОН	 <input type="checkbox"/> ПРАЦЯ	 <input type="checkbox"/> НЕРВИ	 <input type="checkbox"/> НЕЩАСНИЙ ВИПАДОК НА РОБОТІ
 <input type="checkbox"/> АЛКОГОЛЬ	 <input type="checkbox"/> ЛІКИ	 <input type="checkbox"/> ХОЛОДНА ТЕМПЕРАТУРА	 <input type="checkbox"/> ГАРЯЧА ТЕМПЕРАТУРА	

ІНШЕ ВПИШИ:

ЯК ЗМІНЮЄТЬСЯ ХВОРОБА? [ВИ] [ХВОРОБА] [ЗМІНА] [ЯК] [ВИГЛЯДАЄ?]

 <input type="checkbox"/> ПОСТІЙНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ	 <input type="checkbox"/> ХВОРОБА, ЯКА ПОСИЛЮЄТЬСЯ	 <input type="checkbox"/> МІНЛИВЕ ЗАХВОРЮВАННЯ
--	---	---

НАСКІЛЬКИ СИЛЬНИЙ ТВІЙ БІЛЬ [ТИ] [БІЛЬ] [СИЛЬНО] [СЛАБКО] [ЯК?]

 <input type="checkbox"/> 1-2	 <input type="checkbox"/> 3-4	 <input type="checkbox"/> 5-6	 <input type="checkbox"/> 7-8	 <input type="checkbox"/> 9-10
----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	-----------------------------------

ЯКИЙ ТИ ТВІЙ БІЛЬ? [ТИ] [БІЛЬ] [ЯК ВИГЛЯДАТИ?]

 <input type="checkbox"/> пекучий	 <input type="checkbox"/> колоти	 <input type="checkbox"/> нищівний
 <input type="checkbox"/> іррадіюючий	 <input type="checkbox"/> пірсинг	 <input type="checkbox"/> сліпучий

ТИ ПРИЙМАВ ЯКІСЬ ЛІКИ? [ТИ] [БУЛО] [ЇСТИ] [ЛІКИ?]



ТАК НІ

НАЗВА:





ЧИ ТОБІ СТАЛО КРАЩЕ ПІСЛЯ ПРИЙОМУ ЛІКІВ? [ТИ] [ЇСТИ] [ЛІКИ] - [ПІСЛЯ] [СТАЛО] [ПОЧУВАТИСЬ] [КРАЩЕ?]

ТАК НІ

<input type="checkbox"/> ТАК	<input type="checkbox"/> НІ	<input type="checkbox"/> РОЗУМІТИ	<input type="checkbox"/> ЗГОДА	<input type="checkbox"/> НЕМАЄ ЗГОДИ	<input type="checkbox"/> НЕ РОЗУМІТИ ПОТРІБЕН ПЕРЕКЛАДАЧ ЖЕСТОВОЇ МОВИ
------------------------------	-----------------------------	-----------------------------------	--------------------------------	--------------------------------------	--

ГОЛОВА, ОРГАНИ ЧУТТЯ ТА ПСИХІКА







ДЕ ТЕБЕ БОЛИТЬ ГОЛОВА?
[ТИ] [ГОЛОВА] [БОЛИТЬ] [ДЕ]?

 <input type="checkbox"/> ПЕРЕД	 <input type="checkbox"/> ВЕРХ	 <input type="checkbox"/> ЗАД	 <input type="checkbox"/> ЗБОКУ
---	--	---	---

ЯКІ У ТЕБЕ СИМПТОМИ?
[ЩО ВІДБУВАЄТЬСЯ]?

 <input type="checkbox"/> ВТОМА	 <input type="checkbox"/> СМУТОК	 <input type="checkbox"/> ПРОБЛЕМИ СОН	 <input type="checkbox"/> НЕРВИ
 <input type="checkbox"/> ЗАБУВАТИ	 <input type="checkbox"/> АЛКОГОЛЬ ПИТИ БАГАТО		

JAKIE MASZ OBJAWY?
[CO SIĘ DZIEJE]?







 ТИ МАЄШ ОКУЛЯРИ? <input type="checkbox"/> ТАК <input type="checkbox"/> НІ	 <input type="checkbox"/> БАЧИТИ ПОГАНО	
 <input type="checkbox"/> БАЧИТИ ПОДВІЙНО	 <input type="checkbox"/> БАГАТО СЛІЗ	 <input type="checkbox"/> СУХЕ ОКО
 <input type="checkbox"/> КРОВ З НОСА	 <input type="checkbox"/> ДИХАТИ НІС ПРОБЛЕМА	 <input type="checkbox"/> НЕ ВІДЧУВАТИ ЗАПАХ

ШЛУНКОВО-КИШКОВИЙ ТРАКТ

 <input type="checkbox"/> НЕ ХОТІТИ ЇСТИ	 <input type="checkbox"/> ХОТІТИ БАГАТО ЇСТИ	 <input type="checkbox"/> ПЕЧІЯ	 <input type="checkbox"/> ЗДУТТЯ	 <input type="checkbox"/> БІЛЬ ЇСТИ	
 <input type="checkbox"/> БЛЮВАННЯ	КРОВ БУЛА? <input type="checkbox"/> ТАК <input type="checkbox"/> НІ СКІЛЬКИ РАЗІВ?: <input type="text"/>	 <input type="checkbox"/> НУДОТА	 <input type="checkbox"/> ЗАПОР	 <input type="checkbox"/> ГЕМОРОЙ/КРОВ З АНАЛЬНОГО ОТВОРУ	КРОВ БУЛА?  <input type="checkbox"/> ТАК <input type="checkbox"/> НІ ПРОНОС СКІЛЬКИ РАЗІВ?: <input type="text"/> ПРОНОС ЯКИЙ КОЛІР?: <input type="text"/>

СЕЧОСТАТЄВА СИСТЕМА

 СЕЧА ЯК ВИГЛЯДАЄ? КОЛІР: НОРМАЛЬНИЙ <input type="checkbox"/> ІНШИЙ <input type="text"/> ЗАПАХ: НОРМАЛЬНИЙ <input type="checkbox"/> ІНШИЙ <input type="text"/>	 <input type="checkbox"/> ПІСЯТИ БАГАТО/ЧАСТО	 <input type="checkbox"/> ПІСЯТИ МАЛО	 <input type="checkbox"/> ПІСЯТИ БІЛЬ	 <input type="checkbox"/> НЕ ПІСЯТИ
 <input type="checkbox"/> ПІСЯТИ ВНОЧІ	 <input type="checkbox"/> ПІСЯТИ РАПТОВО ТРЕБА	 <input type="checkbox"/> ПІСЯТИ НЕ ВТРИМАТИ	 <input type="checkbox"/> СЕКС ПРОБЛЕМА	

 ТАК	 НІ	 РОЗУМІТИ	 НЕ РОЗУМІТИ	 ЗГОДА	 НЕМАЄ ЗГОДИ	 →  PJM SJM НЕ РОЗУМІТИ ПОТРИБЕН ПЕРЕКЛАДАЧ ЖЕСТОВОЇ МОВИ
---	--	--	---	---	---	---

ЕНДОКРИННА СИСТЕМА

<input type="checkbox"/> ВАГА БІЛЬШЕ	<input type="checkbox"/> ВАГА МЕНШЕ	<input type="checkbox"/> НЕРВИ	<input type="checkbox"/> ВТОМА	<input type="checkbox"/> БАГАТО ПИТИ
<input type="checkbox"/> ПІСЯТИ БАГАТО/ ЧАСТО	<input type="checkbox"/> ВИПАДАТИ ВОЛОСЯ	<input type="checkbox"/> БАГАТО ПОТІТИ	<input type="checkbox"/> ХОЛОДНО	

ДИХАЛЬНА СИСТЕМА

<input type="checkbox"/> КАШЕЛЬ СУХИЙ	<input type="checkbox"/> КАШЕЛЬ МОКРИЙ (ХАРКОТИННЯ)
КРОВ БУЛА? <input type="checkbox"/> ТАК <input type="checkbox"/> НІ СІЛЬКИ РАЗІВ?: <input type="text"/> ХАРКОТИННЯ ЯКИЙ КОЛІР? <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> ДИХАТИ ПРОБЛЕМА	

СИСТЕМА КРОВООБИГУ

<input type="checkbox"/> БІЛЬ	<input type="checkbox"/> ВИСОКИЙ ТИСК	<input type="checkbox"/> СЕРЦЕ Б'ЄТЬСЯ СИЛЬНО/НЕРІВНО	<input type="checkbox"/> ШВИДКЕ СЕРЦЕБИТТЯ	<input type="checkbox"/> ПОВІЛЬНЕ СЕРЦЕБИТТЯ
<input type="checkbox"/> ОПУХЛІСТЬ НІГ	<input type="checkbox"/> ХОЛОДНІ НОГІ І РУКИ	<input type="checkbox"/> БІЛЬ ХОДИТИ	<input type="checkbox"/> ВАРИКОЗ	

ІНШЕ

<input type="checkbox"/> ПОТІТИ НІЧ	<input type="checkbox"/> ГРУДИ ПУХЛИНА	<input type="checkbox"/> МОЛОКО/РІДИНА/ КРОВ З ГРУДЕЙ
<input type="checkbox"/> ЯЄЧКО ПУХЛИНА	<input type="checkbox"/> ПЕРЕЦЬ РОСТЕ БІЛЬ/ ЗМІНИ ВИГЛЯДУ	

У ТЕБЕ Є АЛЕРГІЯ?
[АЛЕРГІЮ МАЄШ?]

ТАК НІ

WPISZ
NAZWA:

ЧИ ТИ ВАГІТНА?
[ВАГІТНІСТЬ ТИ?]

ТАК НІ

МІСЯЦЬ ЯКИЙ?:

INNY DOKTOR
CHODZISZ TY?

ТАК NIE

WPISZ:

ЛІКАРНЯ БУЛА?

ТАК НІ

ВПИШИ НАЗВА:

ОПЕРАЦІЯ БУЛА?

ТАК НІ

ЧОМУ ВПИШИ:

ІНШИЙ ЛІКАР ХОДИШ ТИ?

ТАК НІ

ПІВО

СКІЛЬКИ ? ТИЖЕНЬ

ВИНО

СКІЛЬКИ ? ТИЖЕНЬ

ГОРІЛКА

СКІЛЬКИ ? ТИЖЕНЬ

ЖИВЕШ З КИМ?

САМ

З РОДИНОЮ

ХВОРОБИ ТВОЄЇ РОДИНИ?

МАТИ/
БАТЬКО: ДІТИ:

БРАТ: СЕСТРА:

ТИ ПРИЙМАВ НАРКОТИКИ/
ДИЗАЙНЕРСЬКІ НАРКОТИКИ?

ТАК НІ

НАЗВА ЯКІ: СІЛЬКИ РАЗІВ?

















КУРИТИ ТИ?

ТАК НІ

ВІК ПОЧАТОК:
 СІЛЬКИ ? ДЕНЬ

ТАК	НІ	РОЗУМІТИ	НЕ РОЗУМІТИ	ЗГОДА	НЕМАЄ ЗГОДИ	НЕ РОЗУМІТИ ПОТРІБЕН ПЕРЕКЛАДАЧ ЖЕСТОВОЇ МОВИ
-----	----	----------	-------------	-------	----------------	--

ЯКІ У ТЕБЕ ЗАХВОРЮВАННЯ? ТИ [ХВОРИЙ] [ЯК ВИГЛЯДАТИ]?

 <input type="checkbox"/> ШЛУНОК	 <input type="checkbox"/> ПІДШЛУНКОВА ЗАЛІЗА	 <input type="checkbox"/> ПЕЧІНКА	 <input type="checkbox"/> ГОЛОВНИЙ МОЗОК	 <input type="checkbox"/> НИРКИ	 <input type="checkbox"/> ЛЕГЕНІ
 <input type="checkbox"/> СЕРЦЕ	 <input type="checkbox"/> КИШІВНИК	 <input type="checkbox"/> ВЕНИ І КРОВ	 <input type="checkbox"/> РАК/ НОВОУТВОРЕННЯ	 <input type="checkbox"/> ЕПІЛЕПСІЯ/ СУДОМИ	 <input type="checkbox"/> АСТМА/ХОЗЛ
 <input type="checkbox"/> БАКТЕРІЇ/ ВІРУСИ	 <input type="checkbox"/> ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ/ ВИСОКИЙ ЦУКОР	 <input type="checkbox"/> ТИСК	 <input type="checkbox"/> КІСТКИ	ЯКІ У ТЕБЕ ІНШІ ЗАХВОРЮВАННЯ? [ТИ] [ЗАХВОРЮВАННЯ] [ІНШІ] [ЯК ВИГЛЯДАТИ]?	

ЯКІ ТИ ПРИЙМАЄШ ЛІКИ? [ТИ] [ЛІКИ] [ЇСТИ] [ЯКІ]?

 <input type="checkbox"/> СЕРЦЕ	 <input type="checkbox"/> ТИСК	 <input type="checkbox"/> ЕПІЛЕПСІЯ/СУДОМИ	 <input type="checkbox"/> АСТМА/ХОЗЛ
 <input type="checkbox"/> ДЕПРЕСІЯ/ ПСИХІАТР	 <input type="checkbox"/> ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ/ ВИСОКИЙ ЦУКОР	 <input type="checkbox"/> ВЕНИ І КРОВ	 <input type="checkbox"/> БІЛЬ

ВПИШИ НАЗВИ ЛІКІВ

ТИ ПОГОДЖУЄШЯ НА ОБСТЕЖЕННЯ? [ТИ] [ОБСТЕЖЕННЯ] [ЗГОДА]?

ТАК НІ

 БУДЬ ЛАСКА РОЗДЯГНИСЬ	 ДИХАЙ ГЛИБОКО	 ЛЯЖ	 ДОСЛІДЖЕННЯ ТИСКУ	 ЕКГ
 ОЧІ ВІДКРИЙ/ЗАКРИЙ	 ОГЛЯД ВУХА	 ВІДКРИТИ РОТ	 ОБСТЕЖЕННЯ АНАЛЬНИЙ ОТВІР	

 ТАК	 НІ	 РОЗУМІТИ	 НЕ РОЗУМІТИ	 ЗГОДА	 НЕМАЄ ЗГОДИ		 PJM SJM	НЕ РОЗУМІТИ ПОТРІБЕН ПЕРЕКЛАДАЧ ЖЕСТОВОЇ МОВИ
--	---	---	--	--	--	---	--	---

ТОБІ ПОТРІБНІ ДОСЛІДЖЕННЯ
[ТИ] [МУСИТИ] [ЗРОБИТИ] [ДОСЛІДЖЕННЯ] [ІНШІ]






 НЕ ЇДЯТЬ!	 НЕ ПИЙ!	 ЛІКИ ВЖИВАЙ ЯК ЗАЗВИЧАЙ	 ІНСУЛІН НЕ ПРИЙМАТИ!	 7 РАНКУ	 АНАЛІЗ КРОВІ	 АНАЛІЗ СЕЧІ	 АНАЛІЗ КАЛУ
---	---	---	--	---	--	---	---

ВІЗЬМИ З ДОМУ:

[TY] [LABORATORIUM] [BADANIE] [DATA]













ТОБІ ПОТРІБНІ ДОСЛІДЖЕННЯ
[ТИ] [МАЄШ] [ЗРОБИТИ] [ДОСЛІДЖЕННЯ] [ІНШІ]

 УЗД	 КОЛОНОСКОПІЯ	 РЕНТГЕН	 МАМОГРАФІЯ	 ГАСТРОСКОПІЯ
---	--	---	---	--

РЕКОМЕНДАЦІЇ

 ДНІ ЗАЛИШАЙСЯ В ЛІЖКУ	 АЛКОГОЛЬ СТОП	 СИГАРЕТИ СТОП	 ВПРАВИ	 ЦУКОР ЗАПИСУЙ	 ТИСК ЗАПИСУЙ	ДАТА [][][][][][][] ГОДИНА [][] [][] ПОВЕРНИСЬ КОНТРОЛЬ
 ПРИНЕСИ ДОКУМЕНТИ ЛІКАРНЯ	 ПРИНЕСИ НАЗВИ ЛІКІВ	 ПРИНЕСИ ЗАПИС ТИСК/ ЦУКОР	 ТРЕБА ЇХАТИ ЛІКАРНЯ ЧЕКАЙ	ДАТА [][][][][][][] ГОДИНА [][] [][] ПРИЙТИ УКОЛ ПОЛІКЛІНІКА	 МЕДСЕСТРА БУДЕ УКОЛ У ТВІЙ ДІМ	 ЛІКАРНЯНИЙ

РЕЦЕПТ

НАЗВА						
						
ГОДИНА						
						
ГОДИНА						
						
ГОДИНА						
						
ГОДИНА						

ІНШИЙ ЛІКАР НАПРАВЛЕННЯ:

[Я ДАМ ТОБІ] [НАПРАВЛЕННЯ] [ІНШИЙ] [ЛІКАР]:



- КАРДІОЛОГ 
- ХІРУРГ 
- ОНКОЛОГ 
- НЕФРОЛОГ 
- ЛІКАРНЯ 

- ПСИХІАТР 
- ПУЛЬМОНОЛОГ 
- ГАСТРОЕНТЕРОЛОГ 
- НЕВРОЛОГ 
- ДЕРМАТОЛОГ 

							
ТАК	НІ	РОЗУМІТИ	НЕ РОЗУМІТИ	ЗГОДА	НЕМАЄ ЗГОДИ	НЕ РОЗУМІТИ ПОТРІБЕН ПЕРЕКЛАДАЧ ЖЕСТОВОЇ МОВИ	