

CINESE

Guida sanitaria multilingue

per i cittadini e gli operatori sanitari

Guida all'anamnesi ed alla terapia

**SEZIONE PER IL MEDICO, FARMACISTA
OPERATORE SANITARIO**

1. PAESI D'ORIGINE - VIAGGI

- 1) Qual è il suo Paese d'origine?
- 2) Parla e capisce:
- | | | |
|-------------|-----------------------------|-----------------------------|
| a) italiano | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| b) inglese | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| c) francese | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
- 3) Qual è stato l'ultimo Paese da lei visitato?

2. CONDIZIONI AMBIENTALI-ABITATIVE

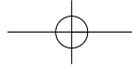
- 1) Dove vive?
- | | | |
|-------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| a) In un appartamento | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| b) in uno stabile abbandonato | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| c) all'addiaccio | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
- 2) Convive con altre persone?
- | | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
|-----------------------------|-----------------------------|
- 3) Nella sua abitazione c'è:
- | | | |
|-------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| a) acqua corrente | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| b) riscaldamento | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| c) bagno | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
- 4) Nella sua abitazione ci sono animali domestici?
- | | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
|-----------------------------|-----------------------------|
- 5) Vive in:
- | | | |
|-------------|-----------------------------|-----------------------------|
| a) campagna | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| b) città | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |

3. DIETA

- 1) Consuma bevande alcoliche? si no
- 2) Quanti bicchieri al giorno?
- 3) Ha mangiato alimenti crudi? si no
- 4) Ha bevuto acqua non imbottigliata? si no
- 5) Ha bevuto latte fresco non confezionato? si no

4. PROFESSIONE/TEMPO LIBERO

- 1) Che lavoro svolge? a) Agricoltore/ b) muratore/ c) operaio di industria alimentare/ d) di industria tessile/ e) di industria meccanica/ f) tipografo/ g) idraulico/ h) impiegato/ i) casalinga/ l) badante/ m) imbianchino/ n) dirigente/ o) libero professionista/ p) commerciante
- 2) Il suo lavoro implica contatti con sostanze chimiche si no
- 3) Prima dell'attuale, ha svolto altri lavori? Quali?
- 4) Lavora:
- | | | |
|-----------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| a) all'aperto | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| b) in ambiente chiuso | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |



方便市民和医疗卫生人士的多语种医疗卫生用语手册
 医生、药剂师和医务人员有关病例和治疗指导
 病例和治疗手册

医生、药师和医务人员部分

1. 哪国人 - 旅游

- 1) 您是哪国人?
- 2) 您会讲并且听懂 a) 意大利语 是 否
 b) 英语 是 否
 c) 法语 是 否
- 3) 你到过的最后一个国家是哪个?

2. 环境 - 居住条件

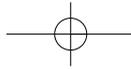
- 1) 你住在哪里? a) 一个公寓房 是 否
 b) 一个废弃的楼房 是 否
 c) 露天场所 是 否
- 2) 你是与其他人一起居住在一个单元里吗? 是 否
- 3) 住房里有 a) 自来水 是 否
 b) 暖气 是 否
 c) 卫生间 是 否
- 4) 住房里有动物吗? 是 否
- 5) 你住在 a) 乡下 是 否
 b) 城市 是 否

3. 饮食

- 1) 你喝酒精饮料? 是 否
- 2) 每天喝多少杯?
- 3) 你吃过生食吗? 是 否
- 4) 喝过未装瓶水吗? 是 否
- 5) 或者未装瓶鲜奶吗? 是 否

4. 职业/休闲

- 1) 你做什么工作? a) 农民/b) 泥水匠/c) 食品行业工人/d) 纺织行业工人/e) 机械行业工人/f) 印刷工人/g) 管道工/h) 职员/i) 家庭妇女/l) 佣人/m) 粉刷工人/n) 领导/o) 自由职业者/p) 商人
- 2) 你在工作中与化学物质接触吗? 是 否
- 3) 在从事这个工作之前, 你有过其他工作吗? 具体是那些?
- 4) 你工作是在 a) 露天环境 是 否
 b) 室内 是 否

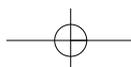


5. ANAMNESI FAMILIARE - FISIOLOGICA

- 1) È sposato? sì no
- 2) Convivente con un partner? sì no
- 3) Ha figli? sì no
- 4) Quanti?
- 5) Di che età?
- 6) I suoi familiari soffrono di malattie importanti, quali a) diabete/ b) ipertensione arteriosa/ c) malattie cardiache/ d) malattie genetiche/ e) allergie/ f) tumori/ g) tubercolosi/ h) infezione da HIV/ i) epatiti/ l) lebbra?
- 7) Fa uso o ha fatto uso di sostanze stupefacenti? sì no

6. ANAMNESI GINECOLOGICA

- 1) A quanti anni ha avuto le prime mestruazioni?
- 2) Ha avuto gravidanze: a) normali sì no
b) complicate sì no
c) aborti sì no
- 3) Ritieni di essere in gravidanza? sì no
- 4) Data delle ultime mestruazioni
- Gennaio
- Febbraio
- Marzo
- Aprile
- Maggio
- Giugno
- Luglio
- Agosto
- Settembre 1 - 7
- Ottobre 8 - 14
- Novembre 15 - 21
- Dicembre 22 - 31
- 5) È in menopausa? sì no
- 6) Da quanti anni?
- 7) Ha dolori mestruali? sì no
- 8) Ha perdite intermestruali? sì no
- 9) Ha prurito vaginale? sì no
- 10) Ha dolore durante i rapporti sessuali? sì no
- 11) Sta allattando? sì no
- 12) Prende la pillola? sì no
- 13) Assume farmaci per la menopausa? sì no
- 14) Le è stata posizionata una spirale (IUD)? sì no
- 15) Ha fatto un pap test? sì no
- 16) Quando?
- 17) Ha fatto una mammografia? sì no
- 18) Quando?



5. 家庭 - 生理病史

- 1) 你结婚了? 是 否
- 2) 同居着? 是 否
- 3) 你有子女吗? 是 否
- 4) 有几个
- 5) 年龄多大?
- 6) 你家人是否有类似 a) 糖尿病/b) 高血压/c) 心脏病/d) 遗传病/e) 过敏/f) 肿瘤/g) 结核病/h) 艾滋病/i) 肝炎/l) 麻风等严重疾病?
- 7) 你是否现在或者过去曾经吸食毒品? 是 否

6. 生育史

- 1) 你初经时是几岁?
- 2) 你有过 a) 正常怀孕 是 否
 b) 异常怀孕 是 否
 c) 流产历史 是 否
- 3) 你现在怀孕了吗? 是 否
- 4) 最后一次月经是什么时候?
- | | |
|-----|-----------|
| 1月 | |
| 2月 | |
| 3月 | |
| 4月 | |
| 5月 | |
| 6月 | |
| 7月 | |
| 8月 | |
| 9月 | 1日 - 7日 |
| 10月 | 8日 - 14日 |
| 11月 | 15日 - 21日 |
| 12月 | 22日 - 31日 |
- 5) 你已经处于绝经期了吗? 是 否
- 6) 多少年前绝经的?
- 7) 你有经痛吗? 是 否
- 8) 你有经期阴道出血吗? 是 否
- 9) 你有阴道发痒吗? 是 否
- 10) 你性生活中有疼痛现象吗? 是 否
- 11) 你在哺乳吗? 是 否
- 12) 你服用避孕药吗? 是 否
- 13) 你服用绝经期药物吗? 是 否
- 14) 你放过宫内节育器(IUD)吗? 是 否
- 15) 你做过子宫颈膜片检查吗? 是 否
- 16) 什么时候?
- 17) 你做过乳房造影术检查吗? 是 否
- 18) 什么时候?

7. ANAMNESI PATOLOGICA/INTERVISTA AL PAZIENTE

- 1) Ha con se documentazione medica di a) visite/ b) ricoveri/ c) interventi chirurgici/ d) esami del sangue/ e) esami strumentali?
- 2) Ha subito: a) interventi chirurgici si no
 b) infortuni sul lavoro si no
 c) infortuni a domicilio si no
- 3) Da bambino ha avuto: a) la varicella si no
 b) il morbillo si no
 c) la rosolia si no
 d) gli orecchioni si no
 e) la scarlattina si no
 f) il reumatismo articolare acuto si no
- 4) Soffre di: a) asma si no
 b) malattie allergiche b1) respiratorie/
 b2) alimentari/ b3) della pelle?
- 5) Ha contratto: a) la tubercolosi si no
 b) l'epatite si no
 c) l'infezione da HIV si no
 d) la lebbra si no
- 6) Ha mai avuto tumori? si no
- 7) Ha mai fatto radioterapia o chemioterapia? si no
- 8) Ha mai ricevuto trasfusioni di sangue? si no
- 9) Se si, dove e quando è stato trasfuso?
- 10) Soffre di malattie del sangue? si no
- 11) Soffre di emofilia? si no
- 12) Perde sangue con: a) le feci si no
 b) urine si no
 c) dal naso si no
 d) dai genitali si no
 e) mentre tossisce si no
- 13) Ha il diabete? si no
- 14) Soffre di malattie: a) della tiroide si no
 b) del surrene si no
 c) dell'ipofisi si no
- 15) Soffre di malattie del rene? si no
- 16) È in dialisi? si no
- 17) Soffre di malattie: a) dello stomaco si no
 b) del fegato si no
 c) dell'intestino si no
- 18) Soffre di malattie croniche respiratorie? si no
- 19) Ha la pressione: a) alta si no
 b) bassa si no
- 20) Soffre di malattie del cuore? dei vasi sanguigni?
 a) infarto si no
 b) angina si no

7. 病史/问诊

- 1) 你身边有 a) 门诊/b) 住院/c) 外科手术/d) 验血/e) 检查病历吗? 是 否
- 2) 你曾经: a) 动过外科手术 是 否
 b) 受过工伤 是 否
 c) 家里受伤 是 否
- 3) 小时候你得过: a) 水痘 是 否
 b) 麻疹 是 否
 c) 风疹 是 否
 d) 流行性腮腺炎 是 否
 e) 猩红热 是 否
 f) 急性关节风湿病 是 否
- 4) 你有 a) 哮喘 是 否
 b1) 呼吸道过敏症/b2) 食物过敏症/b3) 皮肤过敏症 是 否
- 5) 你患过 a) 结核病 是 否
 b) 肝炎 是 否
 c) 艾滋病 是 否
 d) 麻风病 是 否
- 6) 你患过肿瘤吗? 是 否
- 7) 你做过放射治疗或者化疗吗? 是 否
- 8) 你被输过血吗? 是 否
- 9) 如果是的话, 请问在哪里和何时?
- 10) 你有血液病吗? 是 否
- 11) 你有血友病吗? 是 否
- 12) 你 a) 粪便出血 是 否
 b) 尿液出血 是 否
 c) 鼻子出血 是 否
 d) 生殖器出血 是 否
 e) 咳嗽出血 是 否
- 13) 你有糖尿病吗? 是 否
- 14) 你有 a) 甲状腺疾病 是 否
 b) 肾上腺疾病 是 否
 c) 脑垂体腺疾病 是 否
- 15) 你有肾脏疾病吗? 是 否
- 16) 在肾透吗? 是 否
- 17) 你有 a) 胃病 是 否
 b) 肝病 是 否
 c) 肠病 是 否
- 18) 你有慢性呼吸疾病吗? 是 否
- 19) 你患 a) 高血压 是 否
 b) 低血压 是 否
- 20) 你有心脏吗?你有血管疾病吗?
 a) 心肌梗塞 是 否
 b) 心绞痛 是 否

- 21) Manca: È portatore di: c) aritmia si no
a) protesi valvolari si no
b) pacemaker si no
c) defibrillatore si no
- 22) Ha disturbi intestinali? a) diarrea si no
b) stitichezza si no
- 23) Ha: a) dolori addominali si no
b) nausea si no
c) vomito si no
- 24) Ha quando urina: a) bruciore si no
b) dolore si no
c) difficoltà si no
- 25) Ha disturbi dell'erezione? si no
- 26) Deglutisce con difficoltà? si no
- 27) Rigurgita il cibo? si no
- 28) È recentemente: a) diminuito si no
b) aumentato di peso si no
- 29) Quanto e in quanto tempo?
- 30) Ha febbre? si no
- 31) Quanta?
- 32) Quando?
- 33) Ha notato a) ingrossamento/ b) dolore delle ghiandole?
c) collo si no
d) inguine si no
e) ascelle si no
- 34) Si sente stanco? si no
- 35) Soffre o ha sofferto di qualche malattia della pelle? si no
- 36) Ha sulla pelle: a) prurito si no
b) bruciore si no
- 37) Dove è localizzato?
- 38) Ha disturbi della: a) vista si no
b) udito si no
- 39) Soffre di: a) mal di denti si no
b) di gola si no
- 40) Ha: a) dolore al torace si no
b) tosse si no
c) catarro si no
- 41) Ha dolori: a) articolari si no
b) muscolari si no
- 42) Localizzati dove?
- 43) Soffre di mal di testa? si no
- 44) Soffre di: a) ansia si no
b) depressione si no
c) variazioni dell'umore si no

- 心率失常
- 21) 你有 a) 心脏瓣膜假体 是 否
 b) 起搏器 是 否
 c) 去纤颤器 是 否
- 22) 肠道病吗? a) 腹泻 是 否
 b) 便秘 是 否
- 23) 你有 a) 腹痛 是 否
 b) 恶心 是 否
 c) 呕吐 是 否
- 24) 你小便时有 a) 灼痛 是 否
 b) 疼痛 是 否
 c) 困难 是 否
- 25) 你有阳痿吗? 是 否
- 26) 你吞咽食物困难吗? 是 否
- 27) 你有没有呕吐食物? 是 否
- 28) 最近你有没有体重 a) 增加 是 否
 b) 减少 是 否
- 29) 在多少时间内变化了多少公斤?
 30) 你发烧吗? 是 否
- 31) 多少度?
 32) 什么时候?
- 33) 你有没有下列部位的 a) 肿大/b) 疼痛?
 c) 颈腺 是 否
 d) 腹股沟淋巴结 是 否
 e) 腋汗腺 是 否
- 34) 你觉得困倦吗? 是 否
- 35) 你现在或者曾经有过皮肤疾病吗? 是 否
- 36) 你有皮肤 a) 发痒 是 否
 b) 灼痛 是 否
- 37) 具体部位在哪里?
 38) 你有下列障碍吗? a) 视觉 是 否
 b) 听觉 是 否
- 39) 你有 a) 牙疼 是 否
 b) 喉咙疼 是 否
- 40) 你有 a) 胸部疼痛 是 否
 b) 咳嗽 是 否
 c) 粘膜炎 是 否
- 41) 你有 a) 关节疼痛 是 否
 b) 肌肉疼痛 是 否
- 42) 具体部位在哪里?
 43) 你有头疼吗? 是 否
- 44) 你有 a) 焦虑症 是 否
 b) 压抑症 是 否
 c) 情绪多变症 是 否

- 45) Ha subito: a) interventi chirurgici si no
 b) ricoveri in ospedale si no
- 46) Quando e in quale ospedale?
- 47) Ha subito: a) traumi si no
 b) incidenti stradali si no
 c) è stato ferito si no
 d) le sono stati dati punti di sutura si no
- 48) È stato: a) ingessato si no
 b) immobilizzato si no
- 49) Ha difficoltà: a) a muoversi si no
 b) a camminare si no
 c) mantenere l'equilibrio si no
- 50) Ha difficoltà: a) a parlare si no
 b) pronunciare le parole si no
 c) capire quello che le viene detto si no
- 51) Ha disturbi della memoria? si no
- 52) Ha notato agli arti: a) gonfiore si no
 b) dolore si no
 c) pallore si no
 d) cianosi si no
- 53) Ha difficoltà: a) a respirare a riposo si no
 b) mentre cammina si no
 c) mentre corre si no
 d) mentre sale le scale si no
- 54) Quanti cuscini usa quando dorme?
- 55) Ha avuto rapporti sessuali: a) occasionali si no
 b) omosessuali si no
- 56) È stato sottoposto a trapianto di organo? si no
- 57) È portatore di handicap fisico psichico, sensoriale? si no
- 58) Le persone che vivono con lei hanno o hanno avuto gli stessi sintomi? si no

8. VISITA MEDICA

- 1) a) Si spogli/ b) si vesta
- 2) Si metta sul lettino a) seduto/ b) sdraiato/ c) supino/ d) prono/
 e) sul fianco destro/ f) sul fianco sinistro/ g) in piedi
- 3) Le misuro a) la pressione/ b) il polso/ c) la febbre
- 4) a) Apra/ b) chiuda la bocca
- 5) a) Respiri/ b) non respiri/ c) tossisca / d) lasci la pancia morbida
- 6) Fa male? si no
- 7) Sente? si no
- 8) Non sente? si no
- 9) Stringa la mia mano
- 10) Mantenga sollevata a) la gamba/ b) il braccio
- 11) Chiuda gli occhi

- 45) 你 a) 做过外科手术 是 否
 b) 住院治疗过 是 否
- 46) 什么时候和在哪家医院?
- 47) 你有过 a) 创伤 是 否
 b) 交通事故 是 否
 c) 伤 是 否
 d) 缝过针 是 否
- 48) 有没有 a) 上石膏 是 否
 b) 夹板固定 是 否
- 49) 你有下列方面的困难吗? a) 运动 是 否
 b) 步行 是 否
 c) 保持平衡 是 否
- 50) 你有下列方面的障碍吗? a) 说话 是 否
 b) 发音 是 否
 c) 听力 是 否
- 51) 你有记忆上的障碍吗? 是 否
- 52) 你有没有意识到关节 a) 灼痛 是 否
 b) 疼痛 是 否
 c) 苍白 是 否
 d) 青紫 是 否
- 53) 你下列情况下呼吸困难吗? a) 静止 是 否
 b) 步行 是 否
 c) 跑步 是 否
 d) 走楼梯 是 否
- 54) 你睡觉时用几个枕头?
- 55) 你有没有发生下列性生活 a) 一夜情 是 否
 b) 同性 是 否
- 56) 你有没有移植过器官? 是 否
- 57) 你有没有生理、心理、感觉上的障碍? 是 否
- 58) 与你一起居住的人是否也有上述同样的症状? 是 否

8. 诊断

- 1) a) 请脱衣/b) 请穿衣
- 2) 请 a) 坐在检查床上/b) 躺在检查床上/c) 仰卧在检查床上/d) 俯卧在检查床上/e) 右侧卧在检查床上/f) 左侧卧在检查床上/g) 站立着
- 3) 我给你 a) 量血压/b) 测脉搏/c) 量体温
- 4) a) 张开/b) 闭上嘴巴
- 5) a) 呼吸/b) 不要呼吸/c) 咳嗽/d) 腹部放松
- 6) 疼痛吗? 是 否
- 7) 感觉到吗? 是 否
- 8) 没有感觉到吗? 是 否
- 9) 握紧我的手
- 10) 举起 a) 大腿/b) 手臂
- 11) 闭上眼睛

- 12) Cammini 7 passi a) avanti/ b) indietro
 13) A casa misuri a) la temperatura/ b) la pressione
 14) Torni al controllo il giorno

9. RICHIESTA DI ESAMI DEL SANGUE/STRUMENTALI

- 1) Le è stata concessa qualche esenzione per patologia o per reddito? si no
 2) Ha una pensione di invalidità? si no
 3) Ha un'esenzione per invalidità civile? si no
 4) Ha un'assicurazione? si no
 5) Deve fare degli esami a) del sangue/ b) delle urine/ c) delle feci
 6) Deve fare una a) radiografia/ b) ecografia/ c) TAC/ d) RMN/
 e) elettrocardiogramma/ f) ecocardiogramma/ g) ecocolordoppler/
 h) gastroscopia/ i) colonscopia
 7) Deve prenotare una visita specialistica/ a) infettivologica/ b) cardiologica/
 c) ortopedica/ d) neurologica/ e) ginecologica/ f) dermatologica/
 g) otorinolaringoiatrica/ h) chirurgica/ i) pediatrica/ l) oculistica/
 m) odontoiatrica/ n) ematologica/ o) urologica
 8) Prenoti una a) prima visita/ b) visita di controllo/ c) visita urgente presso
 9) Deve andare in pronto soccorso
 10) Deve essere ricoverato in ospedale
 11) Deve fare a) terapia riabilitativa/ b) terapia fisica
 (c) ionoforesi/ d) massaggi/ e) tens/ f) trazioni/ g) infiltrazioni)

10. FARMACI/VACCINI

- 1) Usa abitualmente farmaci? si no
 2) Quali?
 3) Per quale malattia?
 4) Da quanto tempo ha sospeso le medicine?
 5) Ha una lista completa dei farmaci che usa? si no
 6) È in terapia: a) anticoagulante si no
 b) chemioterapica si no
 7) Fa uso di prodotti omeopatici o erbe medicinali? si no
 8) Quali?
 9) Da quanto tempo?
 10) Si è sottoposto a qualche vaccinazione? si no
 11) Quando?
 12) Quale?
 13) Ha mai avuto reazioni allergiche da farmaci? si no
 14) Per quali farmaci?
 15) Quando?

11. PRESCRIZIONI TERAPEUTICHE

Le prescrivo di:

- 1) assumere per bocca a) compresse/ b) pastiglie/ c) gocce/ d) capsule/
 e) cucchiari di sciroppo

- 12) a) 向前/b) 后走 7 步
 13) 在家里 a) 量体温/b) 测血压
 14)日再回来检查

9. 验血/检查

- 1) 你是否享受症状或者收入原因的减免? 是 否
 2) 你是否有残疾人退休金? 是 否
 3) 你是否享受民事残疾减免? 是 否
 4) 你有保险吗? 是 否
 5) 你应该 a) 验血/b) 化验尿液/c) 化验大便
 6) 你应该做 a) X光/b) 回声图/c) CT/d) 核磁共振/e) 心电图/f) 超声心动图/g) 彩色多普勒超声/h) 胃镜/i) 结肠镜
 7) 你应该预约一个 a) 传染病/b) 心脏病/c) 骨科/d) 神经科/e) 妇科/f) 皮肤科/g) 耳鼻喉科/h) 外科/i) 儿科/l) 眼科/m) 口腔科/n) 血液科/o) 泌尿科医生门诊
 8) 请在.....预约一个 a) 初诊/b) 复查/c) 急诊检查
 9) 你应该去急诊
 10) 你应该住院治疗
 11) 你应该做 a) 康复治疗/b) 理疗
 (c) 离子电泳/d) 按摩/e) 经皮神经电刺激/f) 牵引/g) 浸润)

10. 药物/疫苗

- 1) 你一直用药吗? 是 否
 2) 哪些药物?
 3) 用于哪些疾病?
 4) 你停止用药多长时间了?
 5) 你有所用药物的完整清单吗? 是 否
 6) 你在接受 a) 抗凝治疗 是 否
 b) 化疗 是 否
 7) 你是否使用顺势疗法药物或者药用草药? 是 否
 8) 是哪些?
 9) 用了多长时间了?
 10) 你有没有注射过疫苗? 是 否
 11) 什么时候?
 12) 哪些疫苗?
 13) 你有没有过药物过敏? 是 否
 14) 有哪些药物过敏?
 15) 什么时候?

11. 处方

我给你开：

- 1) 口服 a) 复方片/b) 片剂/c) 药水/d) 胶囊/e) 糖浆

- 2) fare sciacqui con
- 3) fare impacchi con
- 4) fare bagni con
- 5) fare a) aerosol/ b) inalazioni con
- 6) fare iniezioni a) intramuscolo/ b) endovena/ c) sottocute
- 7) fare sciogliere a) compresse effervescenti/ b) bustine/ c) fiale/ d) polvere
- 8) applicare – spalmare a) crema/ b) pomata/ c) tintura/ d) soluzione
- 9) introdurre a) supposta/ b) candeletta vaginale/ c) ovulo vaginale

Il farmaco deve essere somministrato:

- 10) a) ogni giorno/ b) a giorni alterni/ c) una volta - d) due volte - alla settimana/
e) al bisogno
- 11) a) alla mattina/ b) alla sera/ c) al pomeriggio/ d) alla stessa ora/ e) mattina e sera
- 12) mattina, pomeriggio e sera
- 13) a) prima di/ b) dopo/ c) a stomaco pieno/ d) a digiuno
- 14) a) per ... giorni/ b) per ... settimane/ c) per ... mesi/ d) per sempre

Per questa ricetta in farmacia:

- a) non pagherà nulla
- b) pagherà un ticket
- c) pagherà il prezzo intero

12. CERTIFICATI

- 1) Le compilo un certificato:
 - a) di buona salute
 - b) assicurativo
 - c) per indennità di malattia
 - d) per attività sportiva
 - e) per infortunio sul lavoro e1) primo/
e2) continuativo/ e3) di chiusura

- 2) 用.....漱口
- 3) 用.....热敷/冷敷
- 4) 用.....沐浴
- 5) 用.....a) 气雾剂/b) 鼻雾剂
- 6) 请 a) 肌肉注射/b) 静脉注射/c) 皮下注射
- 7) 请溶化 a) 泡腾片/b) 粉剂/c) 针剂/d) 药粉
- 8) 请用-涂用 a) 药膏/b) 软膏/c) 浸剂/d) 药水
- 9) 请用 a) 栓剂/b) 阴道栓/c) 外阴道栓剂

药物用量：

- 10) a) 每天/b) 隔天/c) 一次-d) 两次-每星期/e) 需要时
- 11) a) 早上/b) 晚上/c) 下午/d) 同一时候/e) 早晚
- 12) 早上、下午和晚上
- 13) a) 前/b) 后/c) 饭后/d) 空腹
- 14) 连续 a) ...天/b) ...星期/c) ...月/d) 一直服用

请将这个药方给药房 a) 你不需要付药费 b) 你要支付一部分药费 (ticket) c) 你要全额支付药费

12. 证书

- 1) 为您出具一份
 - a) 健康证书
 - b) 保险证书
 - c) 生病津贴证明
 - d) 运动健康证书
 - e) 工伤证明e1) 工伤/ 开始/e2) 过程中/e3) 结束证明

Dottore ho dolore alla testa	医生, 我头疼
Dottore mi bruciano gli occhi	医生, 我眼睛疼
Dottore ho dolore alla gola	医生, 我喉咙疼
Dottore ho dolore ai denti	医生, 我牙疼
Dottore ho mal d'orecchio	医生, 我耳朵疼
Dottore ho il raffreddore	医生, 我感冒了
Dottore mi esce sangue dal naso	医生, 我鼻子出血
Dottore ho la febbre	医生, 我发烧了
Dottore ho la tosse, vorrei uno sciroppo	医生, 我咳嗽了, 想要个糖浆
Dottore ho le vertigini	医生, 我头晕
Dottore ho mal di stomaco	医生, 我胃疼
Dottore ho la diarrea	医生, 我腹泻
Dottore ho mal di pancia	医生, 我肚子疼
Dottore ho dolore a) alla schiena/ b) al braccio/ c) alla mano/ d) al piede/ e) al ginocchio/ f) alla caviglia	医生, a 我背/ b 臂/ c 手/ d 脚/ e 膝盖/ f 踝部疼
Dottore mi sono ustionato	医生, 我烫着了
Dottore mi sono scottato al sole	医生, 我被太阳灼伤了
Dottore ho rotto la dentiera	医生, 我的假牙坏了
Dottore ho bisogno di un antinevralgico	医生, 我要治神经痛药
Dottore ho il naso chiuso	医生, 我鼻子塞了
Dottore vorrei un lassativo	医生, 我要轻泻剂
Dottore vorrei un collirio	医生, 我要眼药水
Dottore vorrei qualcosa per i dolori mestruali	医生, 我要治经痛药
Dottore soffro di mal a) d'auto/ b) aereo	医生, a 我晕车/ b 晕机
Dottore come si prende questo medicinale?	医生, 该如何服用这个药物?
Dottore quante volte al giorno ?	医生, 每天几次?
Dottore ho una puntura di insetto	医生, 我被虫叮了
Dottore ho le vene varicose, vorrei una pomata	医生, 我静脉曲张, 想要一个膏药。
Dottore vorrei qualcosa contro le zanzare	医生, 我要驱蚊药
Dottore vorrei provare la pressione arteriosa	医生, 我想量血压
Dottore ho bisogno a) del cotone idrofilo/ b) delle garze/ c) di bende	医生, a 我要脱脂棉/ b 纱布/ 绷带
Dottore ho bisogno di un cerotto	医生, 我要药膏
Dottore ho bisogno di un disinfettante	医生, 我要消毒剂
Dottore ho bisogno di un termometro	医生, 我要温度计
Dottore vorrei una siringa	医生, 我要注射器
Dottore ho bisogno di un pacco di assorbenti igienici	医生, 我要一包卫生巾
Dottore ho bisogno di un pacco di pannolini per bambini	医生, 我要一包小儿尿裤
Dottore vorrei scegliere degli omogeneizzati	医生, 我要儿童食物
Dottore ho bisogno di un dentifricio	医生, 我要一把牙刷
Dottore ho bisogno di un collutorio	医生, 我要一个漱口液
Dottore vorrei un prodotto omeopatico	医生, 我要一个顺势疗法产品
Dottore vorrei una pillola anticoncezionale	医生, 我要避孕药
Dottore vorrei un antibiotico	医生, 我要抗生素

Antibiotico	抗生素
Analgesico/antidolorifico	止痛药/镇痛药
Antiparassitario	杀虫剂
Assorbenti	卫生巾
Biopsia	活组织检查
Bustine	袋
Cerotto	药膏
Collutorio	漱口水
Colonscopia	结肠镜
Compresse	片剂
Crema	霜
Dentifricio	牙膏
Diabete	糖尿病
Disinfettante	消毒剂
Ecografia	超声波
Febbre	发烧
Garza	纱布
Gastroscofia	胃镜
Granulato	颗粒剂
Iperensione	血压
Lassativo	轻泻剂
Lavanda ginecologica	妇科冲洗剂
Lozione	水
Mammografia	乳房造影
Ovuli	卵子
Pap-test	帕氏试验
Pomata	膏药
Prelievo del sangue	抽血
Radiografia	X光
Sedativo	止痛药
Sciroppo	糖浆
Siringa	注射器
Supposta	栓剂
Spazzolino	牙刷
Termometro	温度计
Test di gravidanza	妊娠试验
Tisana	花草茶
Vaccinazione	注射
Vaccino	疫苗