

सामान्य चिकित्सा जाँच फाराम

ない かもんしんりょう
内科問診票

नेपाली भाषा
नेपाली भाषा

मिल्ने ठाउँमा ठिक चिन्ह लगाउनुहोस्! अर्थात् मारुतको चिन्ह लगाउनुहोस्!

साल ねん 年

महिना がつ 月

तारिक 日 日

नाम 名前		<input type="checkbox"/> पुरुष 男	<input type="checkbox"/> महिला 女
जन्म मिति 生年月日	_____ साल 年 _____ महिना 月 _____ तारिक 日	फोन 電話	
ठेगाना 住所			
स्वास्थ्य वीमामा पस्नुभएको छ? 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> छ है	<input type="checkbox"/> छैन いいえ	
देश 国籍		भाषा 言葉	

तपाइको समस्या के हो? どのようにしましたか

<input type="checkbox"/> ज्वरो छ (_____ °C) 熱がある	<input type="checkbox"/> घाँटी दुख्ने のどが痛い	<input type="checkbox"/> खोकि せき	<input type="checkbox"/> टाउको दुख्ने 頭が痛い
<input type="checkbox"/> छाति दुख्ने 胸が痛い	<input type="checkbox"/> दाना 発しん	<input type="checkbox"/> ढुकढुक 動悸	<input type="checkbox"/> स्वाँस्वाँ 息切れ
<input type="checkbox"/> फुलेरआउने むくみ	<input type="checkbox"/> रिंगटा लाग्ने めまい	<input type="checkbox"/> छाति उकुसमुकुस 胸が苦しい	<input type="checkbox"/> पेट दुख्ने お腹が痛い
<input type="checkbox"/> पाकस्थली दुख्ने 胃が痛い	<input type="checkbox"/> उच्च रक्तचाप 高血圧	<input type="checkbox"/> झमझम गर्ने しびれ	<input type="checkbox"/> मुख सुक्ने 口が渇く
<input type="checkbox"/> तौल कम 体重が減っている	<input type="checkbox"/> पेट फुल्ने お腹が張る	<input type="checkbox"/> खान रुचिनहुने 食欲がない	<input type="checkbox"/> दिसामा रगत देखिने 血便
<input type="checkbox"/> बान्ता 嘔吐	<input type="checkbox"/> वाक् वाक् लाग्ने 吐き気	<input type="checkbox"/> पखाला 下痢	
<input type="checkbox"/> अल्छी लाग्ने だるい	<input type="checkbox"/> छिटो थाक्ने 疲れやすい	<input type="checkbox"/> अन्य その他	

त्यो कहिले देखी हो? それはいつからですか

_____ साल 年 _____ महिना 月 _____ तारिक 日 बाट 日から

औषधी वा खानेकुराबाट एलर्जी छ? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか

छ है → औषधी 薬 खानेकुरा 食べ物 अन्य その他 छैन いいえ

अहिले खाइरहेको औषधी छ? 現在飲んでいる薬はありますか

छ है → अहिले बोकेको भए देखाउनुहोस्! 持っていれば見せてください छैन いいえ

गर्भवति हुनुहुन्छ, अथवा संभावना छ 妊娠していますか、またその可能性はありますか

छ है → _____ महिना 月 छैन いいえ

स्तनपान गराउदै हुनुहुन्छ 授乳中ですか छ है छैन いいえ

पहिले कुनै रोग लागेको छ? 今までにかかった病気はありますか

<input type="checkbox"/> पेटको रोग 胃腸の病気	<input type="checkbox"/> कलेजोको रोग 肝臓の病気	<input type="checkbox"/> मुटुको रोग 心臓の病気	<input type="checkbox"/> मृगौलाको रोग 腎臓の病気
<input type="checkbox"/> क्षयरोग 結核	<input type="checkbox"/> मधुमेह 糖尿病	<input type="checkbox"/> दम ぜんそく	<input type="checkbox"/> रक्तचाप 高血圧症
<input type="checkbox"/> एड्स エイズ	<input type="checkbox"/> गलगण 甲状腺の病気	<input type="checkbox"/> सिफलिस 梅毒	<input type="checkbox"/> अन्य その他

अहिले उपाचर गरिरहेको रोग छ? 現在治療している病気はありますか छ है छैन いいえ

अप्रेशन गर्नु भएको छ 手術を受けたことがありますか छ है छैन いいえ

रगत लिनुभएको छ 輸血を受けたことがありますか छ है छैन いいえ

पछी आउँदा दोभाषे पनि संगै लिएर आउनु हुन्छ? 今後、通訳を自分で連れてくることができますか

छ है छैन いいえ