

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 हेतुहरूमा चेक गर्नुहोस्!

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 日

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"/> सिफलज 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

शल्यचिकित्सा जाँच फाराम

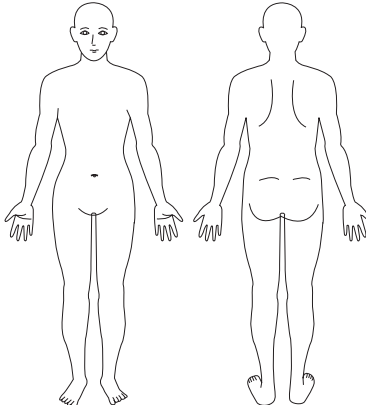
けいもんしんひょう
外科問診票

नेपाली भाषा
नेपाली語

मिल्ने ठाउँमा ठिक चिन्ह लगाउनुहोस्! あてはまるものにチェックしてください

साल ねん 年 महिना がつ 月 तारिक 日にち 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 どうしましたか	 <p>लक्षण भएको ठाउँमा गोलो लगाउनुस 症状のあるところに丸をしてください</p>
<input type="checkbox"/> ज्वरो छ (°C) 熱がある <input type="checkbox"/> पेट दुख्ने お腹が痛い <input type="checkbox"/> चोटपटक けが <input type="checkbox"/> पोलेको やけど <input type="checkbox"/> गाँठो しこり <input type="checkbox"/> झमझम हुने しびれ <input type="checkbox"/> बाउँडेनु ひねった <input type="checkbox"/> शरिरको तौल घट्नु 体重が減っている <input type="checkbox"/> चिलाउने かゆい <input type="checkbox"/> पत्थर 胆石 <input type="checkbox"/> सुनिनु 腫れ <input type="checkbox"/> पायल्स 痔 <input type="checkbox"/> दिसामा रगत देखिने 血便 <input type="checkbox"/> गलगौण のど(甲状腺) <input type="checkbox"/> हर्निया 脱腸(ヘルニア) <input type="checkbox"/> अन्य その他 <hr/> <input type="checkbox"/> घाँटी 首 <input type="checkbox"/> फोक्सो 肺 <input type="checkbox"/> स्तन 乳房 <input type="checkbox"/> पाकस्थली 胃 <input type="checkbox"/> नाइटो へそ <input type="checkbox"/> आन्द्रा 腸	
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	
<input type="checkbox"/> छ है → <input type="checkbox"/> औषधी 薬 <input type="checkbox"/> खानेकुरा 食べ物 <input type="checkbox"/> अन्य その他 <input type="checkbox"/> छैन いいえ	
अहिले खाइरहेको औषधी छ? 現在飲んでいる薬はありますか	
<input type="checkbox"/> छ है → अहिले बोकेको भए দেখाउनुहोस्! 持っていれば見せてください <input type="checkbox"/> 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	
<input type="checkbox"/> छ है → _____ महिना 月 _____ तारिक 日	
स्तनपान गराउदै हुनुहुन्छ 授乳中ですか	<input type="checkbox"/> छ है <input type="checkbox"/> 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"/> गलगौण 甲状腺の病気 <input type="checkbox"/> सिफलिस 梅毒 <input type="checkbox"/> अन्य その他	
अहिले उपचार गरिरहेको रोग छ? 現在治療している病気はありますか	<input type="checkbox"/> छ है <input type="checkbox"/> छैन いいえ
अप्रेसन गर्नु भएको छ 手術を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> छ है <input type="checkbox"/> छैन いいえ
रगत लिनुभएको छ 輸血を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> छ है <input type="checkbox"/> छैन いいえ
बेहोस हुने औषधीले केहि समस्या परेको छ? 麻酔をして何かトラブルがありましたか	<input type="checkbox"/> छ है <input type="checkbox"/> छैन いいえ
अर्को डाक्टरले परिचय गरेर पठाएको कागज हुनेले लेख्नुहोस्! 紹介状のある方だけ書いてください	
एक्स-रे गरेको ल्याउनु भएको छ? レントゲンフィルムを持っていますか	<input type="checkbox"/> छ है <input type="checkbox"/> छैन いいえ
इन्डोस्कोपि गरेको रिपोर्ट ल्याउनु भएको छ? 内視鏡フィルムを持っていますか	<input type="checkbox"/> छ है <input type="checkbox"/> छैन いいえ

पछी आउंदा 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

〈2/2ページ〉

हाड जोर्नी जाँच फाराम

せいけいげかもんしんりょう
整形外科問診票

नेपाली भाषा
नेपाली भाषा

मिल्ने ठाउँमा ठिक चिन्ह लगाउनुहोस्! あてはまるものにチェックしてください

साल ねん 年 महिना がつ 月 तारिक 日にち 日

नाम 名前 नामाे	<input type="checkbox"/> पुरुष 男 おとこ	<input type="checkbox"/> महिला 女 おんな
जन्म मिति 生年月日 せいねんがつび	_____ साल ねん 年 _____ महिना がつ 月 _____ तारिक 日にち 日	फोन 電話 でんわ
ठेगाना 住所 じゅうしょ		
स्वास्थ्य वीमामा पस्नुभएको छ? 健康保険を持っていますか? けんこうほけんも	<input type="checkbox"/> छ है はい	<input type="checkbox"/> छैन いいえ
देश 国籍 こくせき	भाषा 言葉 ことば	

तपाइको समस्या के होदुंमशुलतक ねつ °C) 熱がある	<input type="checkbox"/> दुखेको छ 痛み いた	
<input type="checkbox"/> चोटपटक けが	<input type="checkbox"/> पोलेको याकेद やけど	
<input type="checkbox"/> गाँठो शिंकी	<input type="checkbox"/> सुन्निनु हैलेमो はれもの	
<input type="checkbox"/> चिलाउने कायुी	<input type="checkbox"/> झमझम हुने शिबुले しびれ	
<input type="checkbox"/> बाँडडिनु हुनेत्त ひねった	<input type="checkbox"/> शरिरको तौल घट्नु たいじゅうへ 体重が減っている	
<input type="checkbox"/> अन्य शोते その他		
त्यो कहिले देखी हो? शोहैशुतकारुदसुका _____ साल ねん 年 _____ महिना がつ 月 _____ तारिक 日にち 日		
औषधी वा खानेकुराबाट एलर्जी छ? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか くすり たもの	<input type="checkbox"/> छ है → <input type="checkbox"/> औषधी 薬 くすり	लक्षण भएको ठाँउमा गोलो लगाउनुस しょうじょう 症状のあるところに丸をしてください
<input type="checkbox"/> खानेकुरा 食べ物 たもの	<input type="checkbox"/> अन्य शोते その他	
<input type="checkbox"/> छ है → <input type="checkbox"/> छैन いいえ		
अहिले खाइरहेको औषधी छ? 現在飲んでいる薬はありますか げんざいの	<input type="checkbox"/> छ है → <input type="checkbox"/> अहिले बोकेको भए देखाउनुहोस्! 持っていれば見せてください も	
<input type="checkbox"/> छ है → <input type="checkbox"/> 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 にんしん かのうせい	<input type="checkbox"/> छ है → _____ महिना かげつ 月 _____ छैन いいえ	
स्तनपान गराउदै हुनुहुन्छ 授乳中ですか じゆにゅうちゅう	<input type="checkbox"/> छ है	<input type="checkbox"/> 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 いま びやうき	<input type="checkbox"/> पेटको रोग 胃腸の病気 いちょう びやうき	<input type="checkbox"/> कलेजोको रोग 肝臓の病気 かんぞう びやうき
<input type="checkbox"/> क्षयरोग 結核 けっかく	<input type="checkbox"/> मधुमेह 糖尿病 とうりょうびやう	<input type="checkbox"/> मुटुको रोग 心臓の病気 しんぞう びやうき
<input type="checkbox"/> एड्स एइズ	<input type="checkbox"/> गलगान 甲状腺の病気 こうじょうせん びやうき	<input type="checkbox"/> दम ぜんそく ぜんそく
	<input type="checkbox"/> सिफलज 梅毒 はいどく	<input type="checkbox"/> मृगौलाको रोग 腎臓の病気 じんぞう びやうき
		<input type="checkbox"/> रक्तचाप 高血圧症 こうけつあつしやう
		<input type="checkbox"/> अन्य शोते その他
अहिले उपाचर गरिरहेको रोग छ? 現在治療している病気はありますか げんざいちりやう びやうき	<input type="checkbox"/> छ है	<input type="checkbox"/> छैन いいえ
अप्रेसन गर्नु भएको छ 手術を受けたことがありますか しゆじゆつ う	<input type="checkbox"/> छ है	<input type="checkbox"/> छैन いいえ
रगत लिनुभएको छ 輸血を受けたことがありますか ゆけつ う	<input type="checkbox"/> छ है	<input type="checkbox"/> छैन いいえ
बेहोस हुने औषधीले केहि समस्या परेको छ? 麻醉をして何かトラブルがありましたか ますい なに	<input type="checkbox"/> छ है	<input type="checkbox"/> 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 こんご つうやく じぶん つ	<input type="checkbox"/> छ है	<input type="checkbox"/> छैन いいえ
<input type="checkbox"/> छ है	<input type="checkbox"/> छैन いいえ	

न्युरोलोजी जाँच फाराम

のうしんけいげ かもんしんひょう
脳神経外科問診票

नेपाली भाषा
नेपाली भाषा

मिल्ने ठाउँमा ठिक चिन्ह लगाउनुहोस्! अर्थात् मारुमोडको चिन्ह लगाउनुहोस्!

साल ^{ने}न महिना ^{गा}ग तारिक ^{दि}दि

नाम ^{ना} ना	<input type="checkbox"/> पुरुष ^{पु} पु <input type="checkbox"/> महिला ^म म
जन्म मिति ^ज ज	साल ^{ने} न महिना ^{गा} ग तारिक ^{दि} दि
ठेगाना ^ठ ठ	फोन ^फ फ
स्वास्थ्य वीमामा पस्नुभएको छ? ^{स्} स्	<input type="checkbox"/> छ है <input type="checkbox"/> छैन
देश ^{दे} दे	भाषा ^{भा} भा

तपाइको समस्या के हो? ^तत

टाउको दुख्ने ^टट रिंगटा ^रर वाकवाक ^{वा}वा वान्ता ^{वा}वा

कान बज्ने ^कक कुम दुख्ने ^{कु}कु जिउ झमझम गर्ने ^जज हातखुट्टा कामने ^{हा}हा

बेहोस हुने ^बब राम्ररी नसुनिने ^{रा}रा राम्ररी नदेखिने ^{रा}रा हिड्न गाह्रो ^{हि}हि

हातखुट्टा राम्ररी नचल्ने ^{हा}हा अन्य ^अअ

त्यो कहिले देखी हो? ^तत

साल ^{ने}न महिना ^{गा}ग तारिक ^{दि}दि बाट ^{दि}दि

टाउको ठोक्किएको हो? ^टट

हो है होइन

कहाँ ठोक्किएको हो? ^कक

निधारपट्टि ^{नि}नि थाप्लोपट्टि ^{था}था दाँयापट्टि ^{दा}दा बाँया पट्टि ^{बा}बा

सवारी दुर्घटना हो? ^सस

हो है होइन

टाउको दुखेको मान्छेलाइ प्रश्न हो ^टट

काहाँ दुख्छ ^{का}का

निधारपट्टि ^{नि}नि थाप्लोपट्टि ^{था}था दाँयापट्टि ^{दा}दा बाँया पट्टि ^{बा}बा टाउको पुरा ^{टा}टा

कस्तो खालको दुख्छ? ^कक

टनकटनक ^टट एकदमै ^एए घनले ^घघ

इयामइयाम ^इइ घोचेकोजस्तो ^घघ अन्य ^अअ

कति बेला सबभन्दा दुख्छ ^कक

बिहान ^{बि}बि दिउसो ^{दि}दि राती ^{रा}रा एक दिनभरी ^एए

औषधी वा खानेकुराबाट एलर्जी छ? ^औऔ

छ है औषधी ^औऔ खानेकुरा ^खख अन्य ^अअ छैन

अहिले खाइरहेको औषधी छ? ^अअ

छ है अहिले बोकेको भए ^अअ छैन

गर्भवति हुनुहुन्छ, अथवा संभावना छ ^गग

छ है छैन

स्तनपान गराउदै हुनुहुन्छ ^{स्}स्

छ है छैन

(1/2पेज)

<p>पहिले कुनै रोग लागेको छ? <small>いまま</small> <small>びやうき</small> 今までにかかった病気はありますか</p>			
<input type="checkbox"/> पेटको रोग <small>いちょう びやうき</small> 胃腸の病気 <input type="checkbox"/> क्षयरोग <small>けっかく</small> 結核 <input type="checkbox"/> एड्स <small>エイズ</small>	<input type="checkbox"/> कलेजोको रोग <small>कान्जो びやうき</small> 肝臓の病気 <input type="checkbox"/> मधुमेह <small>とうりょうびやう</small> 糖尿病 <input type="checkbox"/> गलगण <small>こうじょうせん びやうき</small> 甲状腺の病気	<input type="checkbox"/> मुटुको रोग <small>しんぞう びやうき</small> 心臓の病気 <input type="checkbox"/> दम <small>ぜんそく</small> ぜんそく <input type="checkbox"/> सिफलज <small>ばいどく</small> 梅毒	<input type="checkbox"/> मृगौलाको रोग <small>しんぞう びやうき</small> 腎臓の病気 <input type="checkbox"/> रक्तचाप <small>こうけつあつしやう</small> 高血圧症 <input type="checkbox"/> अन्य <small>た</small> その他
<p>अहिले उपाचर गरिरहेको रोग छ? <small>げんざい ちりやう</small> <small>びやうき</small> 現在治療している病気はありますか</p>		<input type="checkbox"/> छ <small>はい</small>	<input type="checkbox"/> छैन <small>いいえ</small>
<p>रक्सी पिउनु हुन्छ? <small>さけ</small> <small>の</small> 酒を飲みますか</p>	<input type="checkbox"/> पिउँछु <small>はい</small> → _____ ml/दिनमा <small>ml/日</small>	<input type="checkbox"/> पिउँदिन <small>いいえ</small>	
<p>चुरोट पिउनु हुन्छ? <small>す</small> タバコを吸いますか</p>	<input type="checkbox"/> पिउँछु <small>はい</small> → _____ वटा/दिनमा <small>ほん 日</small>	<input type="checkbox"/> पिउँदिन <small>いいえ</small>	
<p>अप्रेसन गर्नु भएको छ <small>しゆじゆつ いう</small> 手術を受けたことがありますか</p>		<input type="checkbox"/> छ <small>はい</small>	<input type="checkbox"/> छैन <small>いいえ</small>
<p>बेहोस हुने औषधीले केहि समस्या परेको छ? <small>ますい</small> <small>なに</small> 麻酔をして何かトラブルがありましたか</p>		<input type="checkbox"/> छ <small>はい</small>	<input type="checkbox"/> छैन <small>いいえ</small>
<p>पछी आउँदा दोभाषे पनि संगै लिएर आउनु हुन्छ? <small>こんご</small> <small>つうやく</small> <small>じふん</small> <small>つ</small> 今後、通訳を自分で連れてくることができますか</p>			
<input type="checkbox"/> छ <small>はい</small>		<input type="checkbox"/> छैन <small>いいえ</small>	

(2/2ページ)

मनोचिकित्सा जाँच फाराम

せいしん かもんしんひょう
精神科問診票

नेपाली भाषा
नेपाली भाषा

मिल्ने ठाउँमा ठिक चिन्ह लगाउनुहोस्! あてはまるものにチェックしてください

साल ねん

महिना がつ

तारिक 日にち

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 どうしましたか

निन्द्रा नलाग्ने 眠れない सधैं भन्दा धेरै बोल्ने いつもよりよくしゃべる

आतितने वा आकस्मिक त्रास हुने 不安やパニック発作

वरपर मान्छे नभएपनी आवाज सुनिने 周りに人がいないのに声が聞こえる

डिप्रेसन हुने 気分

शिथिल 元気がない

कसैले हेरिरहेको जस्तो भान हुने 人に見られている気がする

आवश्यक भन्दा बढी फूर्तिलो हुने 元気が良すぎる

बेहोस हुने 意識がなくなる

बाँच्न मन नलाग्ने 死にたい

छिटो उत्तेजित हुने 興奮しやすい

आक्रामक हुने 暴力をふるう

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

अस्पतालमा संगै आएको मान्छेको नाम 付添者の氏名

आफुसंगको सम्बन्ध 本人との関係 परिवार 家族 साथी 友人 अन्य その他 → ()

आज कसको इच्छाले जाँचाउन आउन भएको हो? 本日の受診はどなたの意志ですか

आफ्नै 本人 परिवार 家族 साथी 友人 प्रहरी 警察 काम गर्ने ठाउँको मान्छे 勤務先の人

अन्य その他 → ()

आज कुन उद्देश्यले जाँचाउन आउनु भएको हो? 本日の受診の目的は何ですか

जाँच 診断 जाँचपत्र चाहिएर 診断書

उपचारको लागि 治療 अस्पताल भर्ना हुन 入院

चिनाइदिएर 紹介 सेकेन्ड ओपिनिओनको लागि セカンドオピニオン

अन्य その他 → ()

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 ヶ月 छैन いいえ

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

अहिले उपाचर गरिरहेको रोग छ? 現在治療中の病気はありますか

छ है → अस्पतालको नाम 医療機関名 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



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

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> होस हराउने <small>にんちしやう</small> 認知症 | <input type="checkbox"/> रक्सि वा लागुपदार्थ दुर्व्यसनि <small>やくふついぞん</small> アルコールや薬物依存 |
| <input type="checkbox"/> नैरास्यता <small>きふんしやうがい</small> 気分障害 → <input type="checkbox"/> उन्माद <small>そうびやう</small> 躁病 <input type="checkbox"/> बाइपोलार <small>そうらつびやう</small> 躁鬱病 <input type="checkbox"/> डिप्रेसन <small>うつびやう</small> 鬱病 | <input type="checkbox"/> निन्द्रा नलाग्ने <small>ふみんしやう</small> 不眠症 |
| <input type="checkbox"/> आतिनु <small>ぱにक्कु</small> パニック | <input type="checkbox"/> बृद्धि विकाश नभएको <small>はつたつしやうがい</small> 発達障害 |
| <input type="checkbox"/> पर्सनालिटी असन्तुलन <small>しやうがい</small> パーソナリティー障害 | <input type="checkbox"/> छारे रोग <small>てんかん</small> てんかん |
| <input type="checkbox"/> सुस्त मनस्थिती <small>せいしんちたい</small> 精神遅滞 | <input type="checkbox"/> चकचके (एडिएचडी) <small>च्युइけっかんじょ</small> 注意欠陥(如)多動性障害 |
| <input type="checkbox"/> पागलपन <small>どうごうしちやうしやう</small> 統合失調症 | |
| <input type="checkbox"/> अन्य <small>た</small> 其他 → () | |

पछी आउँदा दोभाषे पनि संगै लिएर आउनु हुन्छ? こんご つうやく じぶん つ 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

<2/2ページ>

वालरोग जाँच फाराम

しょうに かもんしんひょう
小児科問診票

नेपाली भाषा
नेपाली भाषा

मिल्ने ठाउँमा ठिक चिन्ह लगाउनुहोस्! अर्थात् मारुमोने चेक गर्नुहोस्!

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
ठेगाना 住所	फोन 電話
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 どうしましたか

ज्वरो छ (°C) 熱がある घाँटि दुख्ने のどが痛い खोकि लाग्ने せき ऐठन हुनु ひきつけをおこす

स्फुर्तिलो नहुने 元気がない रिसाउने 機嫌が悪い सुन्नने むくみ टाउको दुख्ने 頭が痛い

पेट दुख्ने お腹が痛い छाति दुख्ने 胸が痛い दाना 発しん पकास्थली दुख्ने 胃が痛い

वान्ता गर्ने 嘔吐 खान रुची नहुने 食欲がない वाक् वाक् लाग्ने 吐き気

तौल राम्ररी नबढ्ने 体重の増加不良 पखाला 下痢 दिसामा रगत देखिने 血便

दुध राम्ररी नखाने ミルクの飲みが悪い अन्य その他

त्यो कहिले देखी हो? それはいつからですか _____ साल 年 _____ महिना 月 _____ तारिक 日 日

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 अण्डा 卵 दुध 牛乳 其他の食べ物 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 দেখाउनुहोस्! 持っていれば見せてください छैन いいえ

कस्तो औषधी खान सक्छ? どんな種類の薬が飲めますか

झोल シロップ धुलो 粉薬 ट्याबलेट वा क्यापसुल 錠剤またはカプセル

बच्चा पाँउडाको अवस्था 出産の時のようす

बच्चाको तौल _____ ग्राम g 赤ちゃんの体重 सामान्य डेलिभरी 正常分娩 असामान्य डेलिभरी 異常分娩 अप्रेसन गरेर पाउने 帝王切開

लगाइसकेको खोप 接種済み予防接種

हिब Hib निमोनिया 肺炎球菌 पोलियो ポリオ डीपीटी 三種混合

डीपीटी आइपिभी 四種混合 धनुष्टंकार BCG दादुरा 麻しん・風しん混合 ठेउला 水ぼうそう

हाँडे おたふく風邪 जापानी इन्सेफलाइटिस 日本脳炎 रोटा भाइरस ロタウィルス अन्य その他

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

जर्मन मिजेल 風しん ठेउला 水ぼうそう दादुरा 麻しん दम ぜんそく

हाँडे おたふく風邪 लहरे खोकी 百日ぜき एपेन्डिसाइटिस 虫垂炎 कावासाकी रोग 川崎病

दादुरा जस्तो फोका आउने 突発性発しん जापानी इन्सेफलाइटिस 日本脳炎

ज्वरोमा काँप्ने 熱性けいれん 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

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

बेहोस हुने औषधीले केहि समस्या परेको छ? 麻酔をして何かトラブルがありましたか 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

छाला रोग जाँच फाराम

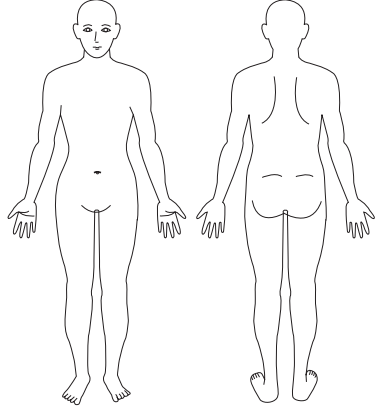
ひふかもんしんひょう
皮膚科問診票

नेपाली भाषा
नेपाली भाषा

मिल्ने ठाउँमा ठिक चिन्ह लगाउनुहोस्! あてはまるものにチェックしてください

साल ねん 年 महिना がつ 月 तारिक 日にち 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 どうしましたか	 <p>लक्षण भएको ठाउँमा गोलो लगाउनुस 症状のあるところに丸をしてください</p>
<input type="checkbox"/> ज्वरो छ (°C) 熱がある <input type="checkbox"/> दुख्ने 痛い <input type="checkbox"/> चिलाउने かゆい <input type="checkbox"/> पोलेको やけど <input type="checkbox"/> एकजानथेमा 発しん <input type="checkbox"/> एकजुजिमा 湿しん <input type="checkbox"/> डाम あざ <input type="checkbox"/> कोठी ほくろ <input type="checkbox"/> दाग しみ <input type="checkbox"/> पानीले खाएको 水虫 <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	
त्यो लक्षण फरक भएको छ その症状は変化していますか	
<input type="checkbox"/> छ है <input type="checkbox"/> छैन いいえ	
औषधी वा खानेकुराबाट एलर्जी छ? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか	
<input type="checkbox"/> छ है → <input type="checkbox"/> औषधी 薬 <input type="checkbox"/> खानेकुरा 食べ物 <input type="checkbox"/> अन्य その他 <input type="checkbox"/> छैन いいえ	
अहिले खाइरहेको औषधी छ? 現在飲んでいる薬はありますか	
<input type="checkbox"/> छ है → अहिले बोकेको भए 持っていれば見せてください <input type="checkbox"/> 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	
<input type="checkbox"/> छ है → _____ महिना 月 <input type="checkbox"/> छैन いいえ	
स्तनपान गराउदै हुनुहुन्छ 授乳中ですか	<input type="checkbox"/> छ है <input type="checkbox"/> 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"/> सिफलजिज 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	<input type="checkbox"/> छ है <input type="checkbox"/> छैन いいえ
अप्रेसन गर्नु भएको छ 手術を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> छ है <input type="checkbox"/> छैन いいえ
बेहोस हुने औषधीले केहि समस्या परेको छ? 麻酔をして何かトラブルがありましたか	<input type="checkbox"/> छ है <input type="checkbox"/> 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	
<input type="checkbox"/> छ है <input type="checkbox"/> छैन いいえ	

महिला तथा प्रसुती जाँच फाराम

さんふじんかもんしんひょう
産婦人科問診票

नेपाली भाषा
नेपाली भाषा

मिल्ने ठाउँमा ठिक चिन्ह लगाउनुहोस्! अर्थात् हेतुहरूमा चेक गर्नुहोस्!

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 いない	
देश 国籍		भाषा 言葉	
उचाइ 身長	_____ cm	शरीरको तौल 体重	_____ kg

तपाइँको समस्या के हो? どのような症状がありますか?

गर्भवति 妊娠 महिनावारीमा समस्या 月経の異常 योनिक स्राव おりもの तल्लो पेट दुख्ने 下腹部が痛い
 गुप्तांगबाट रगत बग्ने 不正性器出血 पोलिप ポリープ डिम्ब समस्या 卵巣の腫瘍
 गुप्तांग चिलाउने 性器のかゆみ पाठेघरमा मासु पलाएको 子宮筋腫 क्यान्सरको जाँच がん検診
 बाँझोपन 不妊症 रगत कम हुने 貧血 अन्य 其他

महिनावारीको बारे 生理について

पहिलो महिनावारी भएको कति बर्षमा हो? 初めに生理があったのはいつですか? _____ बर्ष 才

महिनावारी बन्द भएको कति बर्षमा हो? 閉経はいつですか? _____ बर्ष 才

महिनावारी सामान्य छ? 生理は順調ですか? छ है छैन いない

कति कतिमा हुन्छ 周期について २८दिनमा 28日型 ३०दिनमा 30日型 _____ दिनमा 日型 असामान्य 不順

महिनावारी कतिदिन सम्म हुन्छ 生理の期間について _____ दिन सम्म 日間

रजस्वाला कति हुन्छ 生理の量について धेरै 多い सामान्य 普通 कम 少ない

महिनावारी हुदाखेरी दुखाइ 生理痛はありますか? छ है छैन いない

अन्तिम पटक महिनावारी भएको 最終月経は _____ महिना 月 _____ गते 日

यौनसम्पर्क को अनुभव छ? 性交経験はありますか? छ है छैन いない

गर्भवति भएको कति पल्ट 妊娠した回数

गर्भवति 妊娠 _____ पटक 回
 बच्चा पाएको 分娩 _____ पटक 回 → सामान्य डेलिभरी 正常分娩 _____ पटक 回 असामान्य डेलिभरी 異常分娩 _____ पटक 回
 मिसक्यारी 流産 _____ पटक 回 → प्राकृतिक रुपमा खसेको 自然流産 _____ पटक 回 एभोर्सन गरेको 人工流産 _____ पटक 回
 अन्य 其他 पाठेघर बाहिर बच्चा बसेको 子宮外妊娠 मोले 胎状奇胎

गर्भवति महिलाले यो अस्पतालमा बच्चा जन्माउनु हुन्छ? 妊娠の方は当院での出産を希望しますか? छ है छैन いない

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 其他 छैन いない

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 いない

क्यान्सरको जाँच गरेको छ? がん検診を受けたことがありますか?

छ है → _____ साल 年 _____ महिना 月 _____ तारिक 日 छैन いない

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

पेटको रोग いちょう びょうき 胃腸の病気
 कलेजोको रोग कान्जो びょうき 肝臓の病気
 मुटुको रोग しんぞう びょうき 心臓の病気
 मृगौलाको रोग しんぞう びょうき 腎臓の病気
 क्षयरोग けっかく 結核
 मधुमेह とうによびょう 糖尿病
 दम ぜんそく ぜんそく
 रक्तचाप こうけつあつしやう 高血圧症
 एड्स エイズ
 गलगण こうじょうせん びょうき 甲状腺の病気
 यौन रोग せいびょう 性病
 अन्य た 其他

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

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

परिवारमा लागेको रोग भए लेख्नुहोस् कासोकु びょうकि 家族の病歴

	उमेर <small>नेननेई</small> 年齢	स्वस्थ्य <small>केनको</small> 健康	अस्वस्थ्य <small>केनको</small> 健康ではない	बंशानुगत रोग <small>इदेनबिद्यौ</small> 遺伝病	रक्तचाप <small>कौकेत्तुअत्तु</small> 高血圧	मधुमेह <small>तौतुयोबिद्यौ</small> 糖尿病	क्यान्सर <small>गान</small> がん
बुबा <small>चुहा</small> 父	()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
आमा <small>आमा</small> 母	()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
दाजुभाइ <small>क्यौतुदाई</small> 兄弟	()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
दिदिबहिनी <small>शिमाई</small> 姉妹	()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
श्रीमान् <small>ओत्तो</small> 夫	()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
बच्चा <small>चुत्तो</small> 子ども	()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

पछी आउँदा दोभाषे पनि संगै लिएर आउनु हुन्छ? कोगु त्तुयक शिबुन त्तु 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

आँखा रोगको जाँच फाराम

がんか もんしんひょう
眼科問診票

नेपाली भाषा
नेपाली भाषा

मिल्ने ठाउँमा ठिक चिन्ह लगाउनुहोस्! अर्थात् मारुतको चिन्हहरूलाई चेक गर्नुहोस्।

साल ねん

महिना がつ

तारिक 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 いない	
देश 国籍		भाषा 言葉	

तपाइको समस्या के हो? どうしましたか

दाँया आँखा 右眼 बायाँ आँखा 左眼 दुवै आँखा 両眼 आँसु बग्ने 涙が出る

दुख्ने 痛い पिप बग्ने 目やに सुन्निने हैलेもの

आँखामा के पसे जस्तो हुनु ゴロゴロする राम्ररी नदेखिने 見えにくい

एउटा वस्तुलाई दुइवटा देखिने 物が二重に見える प्रकाशले आँखा खाने म्बुशी अन्य 其他

त्यो कहिले देखी हो? それはいつからですか

_____ साल 年 _____ महिना 月 _____ तारिक 日 日 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 其他 छैन いない

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 いない

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 _____ महिना 月 छैन いない

स्तनपान गराउदै हुनुहुन्छ 授乳中ですか

छ है छैन いない

बेहोस हुने औषधीले केहि समस्या परेको छ? 麻酔をして何かトラブルがありましたか

छ है छैन いない

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

पेटको रोग 胃腸の病気 कलेजोको रोग 肝臓の病気 मुटुको रोग 心臓の病気 मृगौलाको रोग 腎臓の病気

क्षयरोग 結核 मधुमेह 糖尿病 दम ぜんそく रक्तचाप 高血圧症

एड्स エイズ गलगण 甲状腺の病気 सिफलिस 梅毒 अन्य 其他

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

छ है छैन いない

परीवारमा आँखाको बिरामी कोही हुनुहुन्छ? 家族で目の病気の人がありますか

हुनुहुन्छ いる → कसलाई 誰が _____ कस्तो रोग लागेको हो? それはどんな病気ですか _____

छैन いない

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 いない



नाक-कान-घाँटि जाँच फाराम

じ び いんこう か もんしんひょう
耳鼻咽喉科問診票

नेपाली भाषा
नेपाली भाषा

मिल्ने ठाउँमा ठिक चिन्ह लगाउनुहोस्! あてはまるものにチェックしてください

साल ねん

महिना がつ

तारिक 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 どうしましたか			
<input type="checkbox"/> ज्वरो छ (°C) 熱がある		<input type="checkbox"/> टाउको गद्दो भएको 頭が重い	
<input type="checkbox"/> टाउको दुखेको 頭が痛い			
कानको लक्षण 耳の症状			
<input type="checkbox"/> दायाँ 右	<input type="checkbox"/> बायाँ 左	<input type="checkbox"/> दुवै 両方	<input type="checkbox"/> कान दुखेको 耳が痛い
<input type="checkbox"/> कानबाट पिप बग्ने 耳だれ	<input type="checkbox"/> कान बजेको जस्तो गर्ने 耳なり	<input type="checkbox"/> कानेगुजी 耳あか	<input type="checkbox"/> रिंगटा めまい
<input type="checkbox"/> राम्रोसंग नसुनिने 聞こえが悪い		<input type="checkbox"/> कान बन्द भएजस्तो हुने 耳がふさがった感じ	
नाकको लक्षण 鼻の症状			
<input type="checkbox"/> नाक बन्द हुने 鼻がつまる	<input type="checkbox"/> सिंगान बग्ने 鼻がでる	<input type="checkbox"/> हाँच्छ्यु आउने くしゃみ	<input type="checkbox"/> नाकबाट रगत आउने 鼻血
<input type="checkbox"/> निन्द्रामा घुर्ने いびき		<input type="checkbox"/> गन्ध थाहा नहुने においがわからない	
घाँटीको लक्षण のどの症状			
<input type="checkbox"/> जिब्रो दुखेको 舌が痛い	<input type="checkbox"/> टन्सिल दुख्ने のどが痛い	<input type="checkbox"/> खोकी लाग्ने せき	<input type="checkbox"/> खकार たん
<input type="checkbox"/> घाँटीमा केहि अड्केको जस्तो हुने のどに何かある感じ		<input type="checkbox"/> स्वर सुक्ने 声がかれる	
<input type="checkbox"/> निल्न गाहार् हुने 飲み込みにくい		<input type="checkbox"/> अनुहार, घाँटी सुन्निने 顔・頸部(くび)の腫れ	
<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	
औषधी वा खानेकुराबाट एलर्जी छ? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか			
<input type="checkbox"/> छ है → <input type="checkbox"/> औषधी 薬		<input type="checkbox"/> खानेकुरा 食べ物	<input type="checkbox"/> अन्य その他
		<input type="checkbox"/> छैन いいえ	
अहिले खाइरहेको औषधी छ? 現在飲んでいる薬はありますか			
<input type="checkbox"/> छ है → अहिले बोकेको भए देखाउनुहोस्! 持っていれば見せてください		<input type="checkbox"/> 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			
<input type="checkbox"/> छ है → _____ महिना 月		<input type="checkbox"/> छैन いいえ	
स्तनपान गराउदै हुनुहुन्छ 授乳中ですか			
		<input type="checkbox"/> छ है	
		<input type="checkbox"/> छैन いいえ	
रक्सी पिउनु हुन्छ? お酒を飲みますか	<input type="checkbox"/> पिउँछु はい → _____ ml/दिनमा ml/日	<input type="checkbox"/> पिउँदिन いいえ	
चुरोट पिउनु हुन्छ? たばこを吸いますか	<input type="checkbox"/> पिउँछु はい → _____ वटा/दिनमा 本/日	<input type="checkbox"/> पिउँदिन いいえ	
अप्रेसन गर्नु भएको छ 手術を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> छ है		<input type="checkbox"/> छैन いいえ
रगत लिनुभएको छ 輸血を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> छ है		<input type="checkbox"/> छैन いいえ
बेहोस हुने औषधीले केहि समस्या परेको छ? 麻酔をして何かトラブルがありましたか	<input type="checkbox"/> छ है		<input type="checkbox"/> 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			
<input type="checkbox"/> छ है		<input type="checkbox"/> छैन いいえ	

दाँतको जाँच फारम

し か もんしんひょう
齒科問診票

नेपाली भाषा
नेपाली भाषा

मिल्ने ठाउँमा ठिक चिन्ह लगाउनुहोस्! अर्थात् मारुमोडको चिन्ह लगाउनुहोस्!

साल ねん 年 महिना がつ 月 तारिक 日にち 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 どうしましたか			
<input type="checkbox"/> दाँत दुखेको 歯が痛い	<input type="checkbox"/> दाँतमा भरेको निस्कियो 詰め物がとれた	<input type="checkbox"/> गिजा दुखेको 歯ぐきが痛い	
<input type="checkbox"/> किराले खाएको दाँत उपचार गर्ने 虫歯を治してほしい		<input type="checkbox"/> दाँत हाल्नु पर्यो 入れ歯を作りたい	
<input type="checkbox"/> हालेको दाँत बिग्रियो 入れ歯がこわれた		<input type="checkbox"/> दाँत मिलाउने 歯並びを治したい	<input type="checkbox"/> जाँचाउने 検診
<input type="checkbox"/> दाँतको फोहोर, खुइ झिक्नुपर्यो 歯石・歯垢を取りたい		<input type="checkbox"/> स्वास गनाउने 口臭	<input type="checkbox"/> अन्य その他
औषधी वा खानेकुराबाट एलर्जी छ? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか			
<input type="checkbox"/> छ है → <input type="checkbox"/> औषधी 薬	<input type="checkbox"/> खानेकुरा 食べ物	<input type="checkbox"/> अन्य その他	<input type="checkbox"/> छैन いいえ
अहिले खाइरहेको औषधी छ? 現在飲んでいる薬はありますか			
<input type="checkbox"/> छ है → अहिले बोकेको भए देखाउनुहोस्! 持っていれば見せてください	<input type="checkbox"/> छैन いいえ		
बेहोस हुने औषधीले केहि समस्या परेको छ? 麻酔をして何かトラブルがありましたか		<input type="checkbox"/> छ है	<input type="checkbox"/> छैन いいえ
दाँत झिकेको छ? 歯を抜いたことがありますか		<input type="checkbox"/> छ है	<input type="checkbox"/> 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			
<input type="checkbox"/> छ है → _____ महिना ヶ月	<input type="checkbox"/> छैन いいえ		
स्तनपान गराउदै हुनुहुन्छ 授乳中ですか		<input type="checkbox"/> छ है	<input type="checkbox"/> 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 उपाचार गरिरहेको रोग छ? 現在治療している病気はありますか		<input type="checkbox"/> छ है	<input type="checkbox"/> छैन いいえ
कतिसम्म उपचार गर्न चाहनुहुन्छ? 治療に対する希望			
<input type="checkbox"/> नराम्रो ठाउँ सबै उपचार गर्ने 悪いところは全て治したい			
<input type="checkbox"/> अहिले दुखेको दाँत मात्र उपचार गर्ने 今痛い歯だけを治したい			
<input type="checkbox"/> वीमा बाहेक आफैले तिर्नुपर्ने भएपनि हुन्छ 自費診療でもかまわない			
<input type="checkbox"/> वीमाले कभर गर्ने ठाउँमात्र उपचार गर्ने 保険の範囲内で治したい			
<input type="checkbox"/> सल्लाह गरेर निर्णय गर्ने 相談して決めたい			
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			
<input type="checkbox"/> छ है	<input type="checkbox"/> छैन いいえ		