

# 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 गाह्रो 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 है → _____ 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 है → _____ 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	