

शल्यचिकित्सा जाँच फाराम

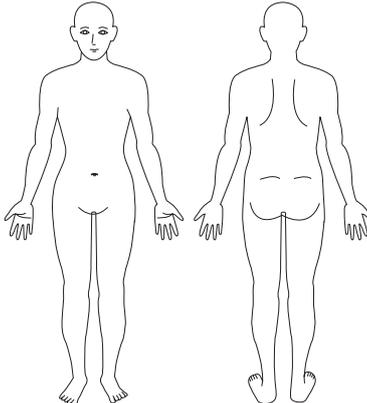
け か もんしんひょう
外科問診票

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"/> पोलेको या केदो <input type="checkbox"/> बाउँडिनु ひねった <input type="checkbox"/> पत्थर 胆石 <input type="checkbox"/> दिसामा रगत देखिने 血便 <input type="checkbox"/> अन्य その他 <input type="checkbox"/> घाँटी 首 <input type="checkbox"/> पाकस्थली 胃 <input type="checkbox"/> पेट दुख्ने お腹が痛い <input type="checkbox"/> गाँठो しこり <input type="checkbox"/> शरिरको तौल घट्नु 体重が減っている <input type="checkbox"/> सुनिनु 腫れ <input type="checkbox"/> गलगौण のど(甲状腺) <input type="checkbox"/> चोटपटक けが <input type="checkbox"/> झमझम हुने しびれ <input type="checkbox"/> चिलाउने かゆい <input type="checkbox"/> पायल्स 痔 <input type="checkbox"/> हर्निया 脱腸(ヘルニア) <input type="checkbox"/> स्तन 乳房 <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 <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"/> क्षयरोग 結核 <input type="checkbox"/> एड्स エイズ <input type="checkbox"/> कलेजोको रोग 肝臓の病気 <input type="checkbox"/> मधुमेह 糖尿病 <input type="checkbox"/> गलगौण 甲状腺の病気 <input type="checkbox"/> मुटुको रोग 心臓の病気 <input type="checkbox"/> दम ぜんそく <input type="checkbox"/> सिफलिस 梅毒 <input type="checkbox"/> मृगौलाको रोग 腎臓の病気 <input type="checkbox"/> रक्तचाप 高血圧症 <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
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〉