

# छाला रोग जाँच फाराम

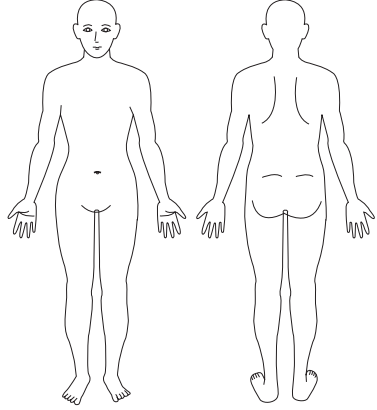
ひふかもんしんひょう  
皮膚科問診票

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"/> सिफलिन 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	