

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

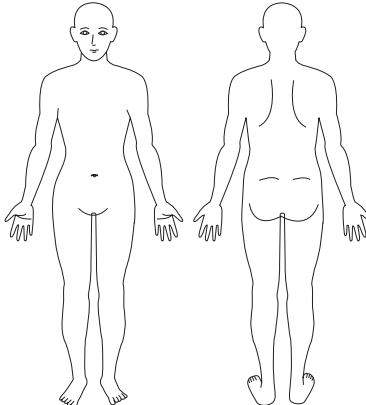
मिल्ने ठाउँमा ठिक चिन्ह लगाउनुहोस्! あてはまるものにチェックしてください

साल ねん 年

महिना がつ 月

तारिक 日にち 日

नाम 名前			<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 होदुमिश्रितक				
<input type="checkbox"/> ज्वरो छ (_____ °C) 熱がある <input type="checkbox"/> चोटपटक けが <input type="checkbox"/> गाँठो शिचोरि <input type="checkbox"/> चिलाउने कायुइ <input type="checkbox"/> बाँडडिनु हिनैतत <input type="checkbox"/> अन्य सोथै	<input type="checkbox"/> दुखेको छ 痛み <input type="checkbox"/> पोलेको याकेद <input type="checkbox"/> सुन्निनु हलैमोन <input type="checkbox"/> झमझम हुने शिबिले <input type="checkbox"/> शरिरको तौल घटनु 体重が減っている			
त्यो कहिले देखी हो? 那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 सोथै <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			
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"/> गलगान 甲状腺の病気 <input type="checkbox"/> सिफलज 梅毒 <input type="checkbox"/> अन्य सोथै			
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			
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			