

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 にち 日

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

तपाइको समस्या के हो? どうしましたか

<input type="checkbox"/> ज्वरो <small>ねつ</small> 熱がある	<input type="checkbox"/> घाँटी दुख्ने <small>のどが</small> 痛い	<input type="checkbox"/> खोकि <small>せき</small> せき	<input type="checkbox"/> टाउको दुख्ने <small>あたま</small> 頭が痛い
<input type="checkbox"/> छाति दुख्ने <small>むね</small> 胸が痛い	<input type="checkbox"/> दाना <small>ほっ</small> 発しん	<input type="checkbox"/> ढुकढुक <small>どうき</small> 動悸	<input type="checkbox"/> स्वाँस्वाँ <small>しびぎ</small> 息切れ
<input type="checkbox"/> फुलेरआउने <small>むくみ</small>	<input type="checkbox"/> रिंगटा लाग्ने <small>めまい</small>	<input type="checkbox"/> छाति उकुसमुकुस <small>むね</small> 胸が苦しい	<input type="checkbox"/> पेट दुख्ने <small>お腹</small> 腹が痛い
<input type="checkbox"/> पाकस्थली दुख्ने <small>い</small> 胃が痛い	<input type="checkbox"/> उच्च रक्तचाप <small>こうけつあつ</small> 高血圧	<input type="checkbox"/> झमझम गर्ने <small>しびれ</small>	<input type="checkbox"/> मुख सुक्ने <small>くち</small> 口が渇く
<input type="checkbox"/> तौल कम <small>たいしゆ</small> 体重が減っている	<input type="checkbox"/> पेट फुल्ने <small>なか</small> 腹が張る	<input type="checkbox"/> खान रुचिनहुने <small>しょくよく</small> 食欲がない	<input type="checkbox"/> दिसामा रगत देखिने <small>けつべん</small> 血便
<input type="checkbox"/> बान्ता <small>おうと</small> 嘔吐	<input type="checkbox"/> वाक् वाक् लाग्ने <small>は</small> 吐き気	<input type="checkbox"/> पखाला <small>げり</small> 下痢	
<input type="checkbox"/> अल्छी लाग्ने <small>だるい</small>	<input type="checkbox"/> छिटो थाक्ने <small>つか</small> 疲れやすい	<input type="checkbox"/> अन्य <small>た</small> 其他	

त्यो कहिले देखी हो? それはいつからですか

_____ साल ねん 年 _____ महिना がつ 月 _____ तारिक にち 日 बाट から 日から

औषधी वा खानेकुराबाट एलर्जी छ? くすり た もの 薬や食べ物でアレルギーが出ますか

छ はい है → औषधी くすり 薬 खानेकुरा た もの 食べ物 अन्य た 其他 छैन いいえ ी

अहिले खाइरहेको औषधी छ? げんざいの 現在飲んでいる薬はありますか

छ はい है → अहिले बोकेको भए も দেখाउनुहोस्। み 持っていれば見せてください छैन いいえ ी

गर्भवति हुनुहुन्छ, अथवा संभावना छ にんしん 妊娠していますか、かのうせい またその可能性はありますか

छ はい है → _____ महिना かげつ 月 छैन いいえ ी

स्तनपान गराउदै हुनुहुन्छ じゆにゆうちゆう 授乳中ですか

छ はい है छैन いいえ ी

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

<input type="checkbox"/> पेटको रोग <small>いちょう</small> 胃腸の <small>びょうき</small> 病気	<input type="checkbox"/> कलेजोको रोग <small>かんぞう</small> 肝臓の <small>びょうき</small> 病気	<input type="checkbox"/> मुटुको रोग <small>しんぞう</small> 心臓の <small>びょうき</small> 病気	<input type="checkbox"/> मृगौलाको रोग <small>じんぞう</small> 腎臓の <small>びょうき</small> 病気
<input type="checkbox"/> क्षयरोग <small>けつかく</small> 結核	<input type="checkbox"/> मधुमेह <small>とうりょうびょう</small> 糖尿病	<input type="checkbox"/> दम <small>ぜんそく</small> ぜんそく	<input type="checkbox"/> रक्तचाप <small>こうけつあつしやう</small> 高血圧症
<input type="checkbox"/> एड्स <small>エイズ</small>	<input type="checkbox"/> गलगण <small>こうじょうせん</small> 甲状腺の <small>びょうき</small> 病気	<input type="checkbox"/> सिफल्लिज <small>ばいどく</small> 梅毒	<input type="checkbox"/> अन्य <small>た</small> 其他

अहिले उपाचर गरिरहेको रोग छ? げんざい 現在治療している びょうき 病気はありますか

छ はい है छैन いいえ ी

अप्रेशन गर्नु भएको छ しゆじゆつ 手術を受けたことがありますか

छ はい है छैन いいえ ी

रगत लिनुभएको छ ゆけつ 輸血を受けたことがありますか

छ はい है छैन いいえ ी

पछी आउँदा दोभाषे पनि संगै लिएर आउनु हुन्छ? こんご 今後、つうやく 通訳を じぶん 自分で連れてくる つ ことができますか

छ はい है छैन いいえ ी