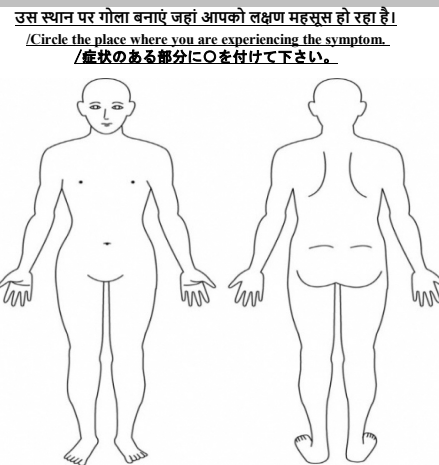


## त्वचाविज्ञान प्रश्नावली/Dermatology Questionnaire/皮膚科 問診票

मरीज का नाम /Name of patient /患者氏名		केवल स्टाफ के लिए /For staff only /医療機関記入欄	BT=	°C
जन्म की तारीख /Date of birth /生年月日 (西暦)	वर्ष /Year/年 ( महीना /Month/月 दिन /Day/日 वर्षों पुराना/Years old/歳)		PR=	मि./min./分
ऊंचाई/वजन/Height/Weight/身長・体重	cm kg	BP=	एमएमएवजी /mmHg	
एलर्जी /Allergies/アレルギーの有無	<input type="checkbox"/> भोजन/Food(s)/食べ物: <input type="checkbox"/> दवा/Medicine/薬:	RR=	मि./min./分	
		SPO2=	%	
		लिंग/Sex/性別	<input type="checkbox"/> पुरुष/Male/男性	<input type="checkbox"/> महिला/Female/女性

आज समस्या क्या है? (जो लागू हो उस पर निशान लगाएं!)/What is the problem today?(Check all that apply.)  
/今日はどのような症状がありますか。(複数ある方は複数☑してください。)

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> खुजली/Itchiness<br>/かゆみ             | <input type="checkbox"/> खुजली/Eczema<br>/湿疹                                      | <input type="checkbox"/> खरोच/Rash/発疹  |
| <input type="checkbox"/> हीक्स/Hives<br>/じんましん               | <input type="checkbox"/> शुष्क त्वचा<br>/Dry skin<br>/皮膚の乾燥                       | <input type="checkbox"/> एटोपिक लक्षण<br>/Atopic symptoms<br>/アトピー                         |
| <input type="checkbox"/> स्पॉट/Spots/しみ                      | <input type="checkbox"/> तिल/Mole<br>/ほくろ   | <input type="checkbox"/> जन्मचिह्न, चोट<br>/Birthmark, bruise/あざ                           |
| <input type="checkbox"/> चहरे पर दाने/Pimples<br>/にきび        | <input type="checkbox"/> फोड़ा/Boil<br>/できもの                                      | <input type="checkbox"/> दाह/Burn/やけど  |
| <input type="checkbox"/> कीड़े का काटना<br>/Insect bite/虫さされ | <input type="checkbox"/> मस्सा<br>/Wart/いぼ  | <input type="checkbox"/> सामान्य रूप से पसीना नहीं आना<br>/Not sweating normally<br>/汗がでない |
| <input type="checkbox"/> एथलीट फुट<br>/Athlete's foot/水虫     | <input type="checkbox"/> त्वचा संवेदी विकार<br>/Skin sensory disorder<br>/皮膚の感覚異常 |  |
- मुझे किसी अन्य क्लिनिक/अस्पताल ने (या नियमित जांच के दौरान) यहां आने की सलाह दी थी।  
/I was advised by another clinic/hospital (or at a regular check-up) to come here.  
/他の医療機関から受診するように勧められた (健診含む)
- अन्य/Other(s)  
/その他:



यदि आप 1 - 10 के पैमाने पर लक्षण का वर्णन करते हैं, तो यह कितना गंभीर है? नीचे दिए गए नंबर पर गोला लगाएं।  
/If you describe the symptom on a scale of 1 - 10, how severe is it? Circle the number below.  
/その症状の程度を数字で表すと、どのぐらいですか?下の数字のところに○を付けてください。



लक्षण कब शुरू हुआ?/When did the symptom start?  
/この症状はいつからありますか。

वर्ष /Year/年 \_\_\_\_\_

महीना /Month/月 \_\_\_\_\_

दिन /Day/日 \_\_\_\_\_

लगभग इससे/From about \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ पूर्वाह्न/AM/मध्याह्न के बाद/PM  
午前・午後 時 分ごろから

क्या आप वर्तमान में विटामिन और पोषण संबंधी अनुपूरक सहित कोई दवा ले रहे हैं?  
/Are you currently on any medication, including vitamin and nutritional supplement?  
/現在、飲んでいる薬はありますか? ※ビタミン、栄養剤、サプリメントも含まれます。

- नहीं/No  
/いいえ
- हाँ/Yes  
/はい

\*हमें अपनी दवा या दवा का रिकॉर्ड (नोटबुक) दिखाएँ।  
/Show us your medication or medication record (notebook).  
/お薬、もしくは「お薬手帳」を持っている方は、見せてください。

	औषधियों का नाम /Name of medications /お薬の名前	अपनी दवा कैसे लें या उपयोग करें /How to take or use your medication /飲み方・使い方		औषधियों का नाम /Name of medications /お薬の名前	अपनी दवा कैसे लें या उपयोग करें /How to take or use your medication /飲み方・使い方
①			⑥		
②			⑦		
③			⑧		
④			⑨		
⑤			⑩		

क्या आप पहले किसी डॉक्टर की देखरेख में रहे हैं या रहे हैं? / Are you, or have you been, under the care of a doctor in the past?  
/ 現在治療している病気、または過去に治療していたことはありますか?

नहीं/No  
/ いいえ

हाँ/Yes  
/ はい

यदि आपने "हाँ" चेक किया है, तो सूची से स्थिति चुनें, और उस अस्पताल का नाम लिखें जहाँ आपने उपचार प्राप्त किया था।  
/ If you checked "Yes", choose the condition from the list, and write the name of the hospital where you received treatment.  
/ 「はい」に印した人は、疾患名リストから選択し、治療していた医療機関名を書いてください。

रोग का नाम (निम्नलिखित सूची में से संख्या लिखें/Name of disease (Write the number from the following list) / 疾患名 (下記リスト番号可)	उपचार की प्रगति/Treatment progress / 治療経過	अस्पताल का नाम/Hospital name / 医療機関名
	<input type="checkbox"/> बरामद/Recovered/治癒 <input type="checkbox"/> उपचार वापस लेना /Withdrawal of treatment/治療中断	<input type="checkbox"/> उपचार के अंतर्गत/Under treatment/現在治療中 <input type="checkbox"/> अनुपचारित/Untreated/未治療
	<input type="checkbox"/> बरामद/Recovered/治癒 <input type="checkbox"/> उपचार वापस लेना /Withdrawal of treatment/治療中断	<input type="checkbox"/> उपचार के अंतर्गत/Under treatment/現在治療中 <input type="checkbox"/> अनुपचारित/Untreated/未治療
	<input type="checkbox"/> बरामद/Recovered/治癒 <input type="checkbox"/> उपचार वापस लेना /Withdrawal of treatment/治療中断	<input type="checkbox"/> उपचार के अंतर्गत/Under treatment/現在治療中 <input type="checkbox"/> अनुपचारित/Untreated/未治療
	<input type="checkbox"/> बरामद/Recovered/治癒 <input type="checkbox"/> उपचार वापस लेना /Withdrawal of treatment/治療中断	<input type="checkbox"/> उपचार के अंतर्गत/Under treatment/現在治療中 <input type="checkbox"/> अनुपचारित/Untreated/未治療

### <रोगों की सूची/List of diseases/疾患リスト>

रोग की प्रणाली/System of disease / 疾患の系統	रोग के नाम/Disease names / 疾患名
① पाचन रोग/Digestive disease / 消化器系の疾患	a. पेटिक छाला /Peptic ulcer / 消化器潰瘍 b. हेपेटाइटिस /Hepatitis / 肝炎 c. हेपेटिक सिरोसिस /Hepatic cirrhosis / 肝硬変 d. अन्य/Others/その他
② परिसंचरण तंत्र रोग/Circulatory system disease / 循環器系の疾患	a. उच्च रक्तचाप /Hypertension/高血圧 b. हृदयपेशीय रोधगलन /Angina pectoris /myocardial infarction / 狭心症・心筋梗塞 c. अतालता /Arrhythmia / 不整脈 d. दिल की धड़कन रुकना /Heart failure/心不全 e. अन्य/Others/その他
③ श्वसन संबंधी रोग/Respiratory disease / 呼吸器系の疾患	a. दमा/Asthma/喘息 b. लंबे समय तक फेफड़ों में रुकावट /Chronic obstructive pulmonary disease / 慢性閉塞性肺疾患 c. न्यूमोनिया /Pneumonia / 肺炎 d. फेफड़े का क्षयरोग /Pulmonary tuberculosis / 肺結核 e. अन्य/Others/その他
④ गुर्दे और मूत्र संबंधी रोग/Kidney and urological disease / 腎・泌尿器系の疾患	a. चिरकालिक गुर्दा निष्क्रियता /Chronic renal failure / 慢性腎不全 b. गुर्दे/मूत्र पथरी /Renal/urinary stone / 腎・尿管結石 c. मूत्र पथ के संक्रमण /Urinary tract infection / 尿路感染症 d. अन्य/Others/その他
⑤ मस्तिष्क और तंत्रिका तंत्र के रोग /Brain and nervous system disease / 脳神経系の疾患	a. मस्तिष्क रोधगलन /Cerebral infarction / 脳梗塞 b. मस्तिष्कीय रक्तस्राव /Cerebral hemorrhage / 脳出血 c. मिरगी /Epilepsy / てんかん d. अन्य/Others/その他
⑥ अंतःस्रावी या चयापचय रोग/Endocrine or metabolic disease / 内分泌代謝系の疾患	a. मधुमेह /Diabetes mellitus / 糖尿病 b. हाइपरलिपिडेमिया /Hyperlipidemia / 高脂血症 c. थायरॉइड ग्रंथि की खराबी /Thyroid gland malfunction / 甲状腺機能障害 d. हाइपरयूरिसीमिया /Hyperuricemia / 高尿酸血症 e. अन्य/Others/その他
⑦ हड्डी या मांसपेशियों का रोग/Bone or muscle disease / 骨・筋肉の疾患	a. रूमेटाइड गठिया /Rheumatoid arthritis / 関節リウマチ b. ऑस्टियोपोरोसिस /Osteoporosis / 骨粗鬆症 c. पुराने ऑस्टियोआर्थराइटिस /Osteoarthritis / 変形性膝関節症 d. हर्नियेटेड इंटरवर्टेब्रल डिस्क /Herniated intervertebral discs / 椎間板ヘルニア e. गाउट/Gout/痛風 f. अन्य/Others/その他
⑧ प्रसूति एवं स्त्री रोग/Obstetrics and gynecology disease / 産婦人科の疾患	a. गर्भाशय फाइब्रॉइड /Uterine fibroids / 子宮筋腫 b. कष्टपूर्व /Dysmenorrhea / 月経困難症 c. बांझपन/ Infertility/不妊症 d. अन्य/Others/その他
⑨ नेत्र रोग/Eye disease / 眼の疾患	a. मोतियाबिंद /Cataract/白内障 b. आंख का रोग /Glaucoma/緑内障 c. रेटिनोपैथी /Retinopathy/網膜症 d. अन्य/Others/その他
⑩ मैलिग्नैंट ट्यूमर/Malignant tumor / 悪性腫瘍	a. आमाशय का कैंसर /Stomach cancer/胃がん b. पेट का कैंसर /Colon cancer/大腸がん c. लिवर/पित्ताशय/अग्राशय का कैंसर /Liver/gallbladder/pancreatic cancer / 肝臓・胆のう・膵臓がん d. स्तन कैंसर /Breast cancer/乳がん e. गर्भाशय कर्क रोग /Uterine cancer / 子宮がん f. फेफड़े का कैंसर /Lung cancer/肺癌 g. अन्य/Others/その他
⑪ मानसिक रोग/Mental disease / 精神の疾患	a. अवसाद/Depression / うつ病 b. विखंडितमनस्कताग्रस्त /Schizophrenia / 統合失調症 c. अन्य/Others/その他
⑫ ईएनटी रोग /ENT disease / 耳鼻科の疾患	a. बिगड़ी सुनवाई /Impaired hearing / 難聴 b. चक्कर आना /Dizziness/めまい c. कान का शोर /Ear noise/耳鳴 d. पराग से एलर्जी /Pollen allergy/花粉症 e. अन्य/Others/その他
⑬ रक्त रोग /Blood disease / 血液の疾患	a. रक्ताल्पता/ Anemia/貧血 b. लेकिमिया /Leukemia / 白血病 c. अन्य/Others/その他
⑭ त्वचा रोग /Skin disease / 皮膚の疾患	a. ऐटोपिक डर्मेटिटिस /Atopic dermatitis / アトピー性皮膚炎 b. टीनिया (एथलीट फुट) /Tinea (athlete's foot) / 白癬症 (水虫) c. अन्य/Others/その他

क्या आपने कभी सर्जरी करवाई है?/Have you ever had surgery?  
/今までに手術をしたことがありますか。

नहीं/No  
/いいえ

हाँ/Yes  
/はい

यदि आपने "हाँ" पर टिक लगाया है, तो अपनी सर्जरी का इतिहास लिखें।  
/If you checked "Yes", write the history of your surgery./  
「はい」に印した方は下に手術歴を書いてください。

रोग के नाम/Disease names /疾患名	आपकी सर्जरी का नाम /Name of your surgery/手術名	जब आपकी सर्जरी हुई थी /When you had the surgery /手術をした時期	अस्पताल जहाँ आपकी सर्जरी हुई थी /Hospital where you had the surgery /手術をした医療機関

※यदि आप सर्जरी की सही तारीख के बारे में निश्चित नहीं हैं, तो वर्ष या उम्र लिखें।  
/If you are not sure about the exact date of the surgery, write the year or age.  
/※詳しい手術日がわからない場合は「年齢」、「手術した年」でも構いません。

क्या आप नियमित रूप से धूम्रपान करते हैं?/Do you smoke regularly?  
/習慣的に、たばこを吸いますか。

नहीं/No  
/いいえ

हाँ/Yes  
/はい

धूम्रपान करता था/Used to smoke  
/以前吸っていた

सिगरेट का सेवन /Cigarette consumption/喫煙量	धूम्रपान की अवधि/Duration of smoking /喫煙期間	वह वर्ष जब आपने धूम्रपान बंद किया /Year when you stopped smoking /喫煙をやめた年
_____ सिगरेट/दिन cigarettes/Day 本/日	_____ वर्ष/Year/年	_____ वर्ष/Year/年 _____ महीना/Month/月

\*यदि आपको अभी भी धूम्रपान की आदत है, तो जिस वर्ष आपने धूम्रपान छोड़ा था, उस वर्ष के बारे में प्रश्न में एक खाली छोड़ दें।  
/If you still have a smoking habit, leave a blank in the question about the year you stopped smoking.  
現在も喫煙を続けている方は、喫煙をやめた年は空欄のままにしておいてください。

क्या आप नियमित रूप से पीते हैं?/Do you drink regularly?  
/習慣的にお酒を飲みますか。

नहीं/No  
/いいえ

हाँ/Yes  
/はい

नियमित रूप से शराब पीता था/Used to drink regularly  
/以前飲酒する習慣があった。

<input type="checkbox"/> बियर/Beer/ビール _____ एमएल/दिन/ml /Day/日	<input type="checkbox"/> व्हिस्की/Whisky/ウイスキー _____ एमएल/दिन/ml /Day/日
<input type="checkbox"/> जापानीज साके /Japanese sake/日本酒 _____ एमएल/दिन/ml /Day/日	<input type="checkbox"/> वाइन/Wine/ワイン _____ एमएल/दिन/ml /Day/日
<input type="checkbox"/> अन्य/Other(s)/その他 _____ एमएल/दिन/ml /Day/日	

यदि महिला है, तो नीचे दिए गए प्रश्नों के उत्तर दें। क्या आप गर्भवती हैं, या संभवतः गर्भवती हैं?  
/If female, answer the questions below. Are you pregnant, or possibly pregnant?

/女性の方のみお答えください。妊娠していますか、またその可能性はありますか。

नहीं/No  
/いいえ

हाँ/Yes  
/はい

नहीं जानती/Do not know/わからない

क्या आप स्तनपान करा रही हैं?/Are you breastfeeding?  
/現在、授乳中ですか。

नहीं/No  
/いいえ

हाँ/Yes  
/はい

यदि परामर्श के संबंध में आपका कोई विशेष अनुरोध है, तो बॉक्स को चेक करें।

/If you have a special request concerning the consultation, check the box.

/診察でのご希望がある場合は、☑をしてください。

- मैं अपने अनुमानित चिकित्सा खर्चों के बारे में पहले से सूचित होना चाहता हूँ।  
/I want to be informed of my estimated medical expenses in advance. /あらかじめ、医療費の概算を教えてください。
- यदि दुभाषिया सेवा उपलब्ध है तो मैं एक दुभाषिया रखना चाहता हूँ।  
/I want to have an interpreter if an interpreter service is available./通訳がある場合は、通訳を付けてほしい。
- अन्य/Other(s)/その他 :