

दन्त प्रश्नावली/Dental Questionnaire/齒科 問診票

बिरामीको नाम /Name of patient /患者氏名		कर्मचारीको लागि मात्र /For staff only /医療機関記入欄	BT= °C
जन्म मिति /Date of birth /生年月日 (西曆)	वर्ष /Year/年 (महिना /Month/月 दिन /Day/日 वर्ष पुरानो/Years old/歳)		PR= मिनेट/min./分
उचाई/तौल/Height/Weight/身長・体重	_____ cm _____ kg	लिंग/Sex/性別	BP= mmHg
एलर्जी/Allergies /アレルギーの有無	<input type="checkbox"/> खाना(हरू)/Food(s)/たべもの: <input type="checkbox"/> औषधी/Medicine/くすり:		RR= मिनेट/min./分
			SPO2= %
			<input type="checkbox"/> पुरुष /Male/男性 <input type="checkbox"/> महिला /Female/女性

आज के समस्या छ? (लागू हुने सबै छनोट गर्नुहोस्।)/What is the problem today?(Check all that apply.)
/今日は何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"/> दाँतको दुखाइ
/Toothache/歯痛 | <input type="checkbox"/> गिजा दुख्ने
/Gum pain/歯茎の痛み | <input type="checkbox"/> जबडा दुखाइ
/Jaw pain/顎の痛み | <input type="checkbox"/> दाँत भरेको हराउनु
/Loss of a tooth filling
/詰め物がとれた | <input type="checkbox"/> खुकुलो दाँत
/Loose teeth
/歯がグラグラする | <input type="checkbox"/> गिजाबाट रगत बग्नु
/Bleeding from the gum
/歯茎からの出血 |
| <input type="checkbox"/> खुल्ला/टाइट दाँतहरू
/Loose/tight dentures
/入れ歯が合わない | <input type="checkbox"/> सुख्खा मुख
/Dry mouth/口が渇く | <input type="checkbox"/> मुखको अल्सर
/Oral ulcer/口内炎 | <input type="checkbox"/> मुख सुत्रिने
/Oral swelling/できもの | <input type="checkbox"/> जिब्रो दुखाइ
/Tongue pain/舌痛 | |
| <input type="checkbox"/> मौखिक गन्ध
/Oral odor/口臭 | <input type="checkbox"/> दाँत काट्ने समस्या
/Dental bite problem
/かみ合わせ | <input type="checkbox"/> पट्टिका
/Plaque/歯石 | <input type="checkbox"/> दाँत सेतो गराउनु
/Teeth whitening
/歯を白くしたい | <input type="checkbox"/> दाँत मिलाउनु
/Teeth alignment
/歯並び | |
| <input type="checkbox"/> मलाई अर्को क्लिनिक/अस्पतालले (वा नियमित चेक-अपमा) यहाँ आउन सल्लाह दिएको थियो
/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) | | | | | |
| <input type="checkbox"/> अन्य (हरू)/Other(s)
/その他: | | | | | |

लक्षण कहिले देखि सुरु भयो?/When did the symptom start?
/この症状はいつからありますか。

वर्ष /Year _____ /年 _____
महिना /Month _____ /月 _____
दिन /Day _____ /日 _____
लगभग देखि/From about _____ : _____ बिहान / दिउँसो/ AM/PM/am/pm
午前・午後 _____ 時 _____ 分ごろから

के तपाईंलाई अघिल्लो उपचार संग कुनै समस्या थियो?/Have you had any problems with previous treatment?
/これまでの治療をした時に、何か異常はありませんでしたか。

- | | | | | | |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> होइन/No
/いいえ | <input type="checkbox"/> हो/Yes
/はい | यदि तपाईंले "हो" को जवाफ दिनुभयो भने, लागू हुने निम्न वस्तुहरू जाँच गर्नुहोस्।/If you checked "Yes", check the following items that apply./「はい」に☑された方は下の当てはまるものに、☑してください。 | | | |
| | | <input type="checkbox"/> एनेस्थेसियाबाट कठिनाई थियो
/Had difficulty with anesthesia
/麻酔が効きにくかった | <input type="checkbox"/> ज्वरो आएको थियो
/Had a fever/熱が出た | <input type="checkbox"/> रक्तश्राव रोकन गाह्रो भयो
/Had difficulty stopping bleeding
/血が止まりにくかった | |
| <input type="checkbox"/> अन्य (हरू)/Other(s)/その他: | | | | | |

भिटाभिन र पोषण पूरक सहित, के तपाईं हाल कुनै पनि औषधि लिनुहुन्छ ?

/Are you currently on any medication, including vitamin and nutritional supplement?

/現在、飲んでる薬はありますか? ※ビタミン、栄養剤、サプリメントも含まれます。

- | | | | |
|------------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> होइन/No
/いいえ | <input type="checkbox"/> हो/Yes
/はい | *हामीलाई तपाईंको औषधि वा औषधिको रेकर्ड देखाउनुहोस् (नोटबुक).
/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。 | |
|------------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|

औषधिको नाम /Name of medications /お薬の名前	तपाईंको औषधि कसरी लिने वा प्रयोग गर्ने /How to take or use your medication /飲み方・使い方	औषधिको नाम /Name of medications /お薬の名前	तपाईंको औषधि कसरी लिने वा प्रयोग गर्ने /How to take or use your medication /飲み方・使い方
①		⑥	
②		⑦	
③		⑧	
④		⑨	
⑤		⑩	

के तपाईं विगतमा अथवा अहिले डाक्टरको हेरचाहमा हुनुहुन्थ्यो?/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?

- होइन/No /いいえ हो/Yes /はい

यदि तपाईंले "हो" छनोट गर्नुभयो भने, सूचीबाट अवस्था छनोट गर्नुहोस्, र तपाईंले उपचार गर्नुभएको अस्पतालको नाम लेख्नुहोस्।
/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。

रोगको नाम (निम्न सूचीबाट नम्बर लेख्नुहोस्) /Name of disease (Write the number from the following list) /疾患名 (下記リスト番号可)	उपचार प्रगति/Treatment progress /治療経過	अस्पतालको नाम/Hospital name /医療機関名
	<input type="checkbox"/> निको भैसकेको/Recovered/治療 <input type="checkbox"/> उपचार बन्द गरिएको /Withdrawal of treatment/治療中断 <input type="checkbox"/> उपचार अन्तर्गत/Under treatment /現在治療中 <input type="checkbox"/> उपचार नगरिएको/Untreated/未治療	
	<input type="checkbox"/> निको भैसकेको/Recovered/治療 <input type="checkbox"/> उपचार बन्द गरिएको /Withdrawal of treatment/治療中断 <input type="checkbox"/> उपचार अन्तर्गत/Under treatment /現在治療中 <input type="checkbox"/> उपचार नगरिएको/Untreated/未治療	
	<input type="checkbox"/> निको भैसकेको/Recovered/治療 <input type="checkbox"/> उपचार बन्द गरिएको /Withdrawal of treatment/治療中断 <input type="checkbox"/> उपचार अन्तर्गत/Under treatment /現在治療中 <input type="checkbox"/> उपचार नगरिएको/Untreated/未治療	
	<input type="checkbox"/> निको भैसकेको/Recovered/治療 <input type="checkbox"/> उपचार बन्द गरिएको /Withdrawal of treatment/治療中断 <input type="checkbox"/> उपचार अन्तर्गत/Under treatment /現在治療中 <input type="checkbox"/> उपचार नगरिएको/Untreated/未治療	

<रोगहरूको सूची/List of diseases/疾患リスト>

रोग प्रणाली/System of disease /疾患の系統	रोगका नामहरू/Disease names /疾患名
① पाचन रोग /Digestive disease /消化器系の疾患	a. पेटिक अल्सर /Peptic ulcer /消化器潰瘍 b. हेपाटाइटिस /Hepatitis /肝炎 c. हेपेटिक सिरोसिस /Hepatic cirrhosis /肝硬変 d. अन्य (हरू)/Others/その他
② परिसंचरण प्रणाली रोग /Circulatory system disease /循環器系の疾患	a. उच्च रक्तचाप /Hypertension/高血圧 b. एनजाइना पेक्टोरिस /Angina pectoris /狭心症・心筋梗塞 c. एरिथमिया /Arrhythmia/不整脈 d. हृदयघात /Heart failure/心不全 e. अन्य (हरू)/Others/その他
③ श्वसन रोग /Respiratory disease /呼吸器系の疾患	a. दम /Asthma/喘息 b. क्रोनिक अवरोधक फुफ्फुसीय रोग /Chronic obstructive pulmonary disease/慢性閉塞性肺疾患 c. निमोनिया /Pneumonia/肺炎 d. फुफ्फुसीय क्षयरोग /Pulmonary tuberculosis /肺結核 e. अन्य (हरू)/Others/その他
④ मृगौला र मूत्र रोग /Kidney and urological disease /腎・泌尿器系の疾患	a. मृगौला विफल /Chronic renal failure /慢性腎不全 b. मिर्गौला/पिसाबको पथरी /Renal/urinary stone /腎・尿管結石 c. मूत्र पथ संक्रमण /Urinary tract infection /尿路感染症 d. अन्य (हरू)/Others/その他
⑤ मस्तिष्क र स्नायु प्रणाली रोग /Brain and nervous system disease/脳神経系の疾患	a. सेरेब्रल इन्फार्क्शन /Cerebral infarction /脳梗塞 b. सेरेब्रल रक्तस्राव /Cerebral hemorrhage /脳出血 c. मिरगी /Epilepsy /てんかん d. अन्य (हरू)/Others/その他
⑥ इन्डोक्राइन वा मेटाबोलिक रोग /Endocrine or metabolic disease/ /内分泌代謝系の疾患	a. मधुमेह मेलिटस /Diabetes mellitus /糖尿病 b. हाइपरलिपिडेमिया /Hyperlipidemia /高脂血症 c. थाइरोइड ग्रंथिको खराबी /Thyroid gland malfunction /甲状腺機能障害 d. हाइपरयूरिसीमिया /Hyperuricemia /高尿酸血症 e. अन्य (हरू)/Others/その他
⑦ हड्डी वा मांसपेशी रोग /Bone or muscle disease /骨・筋肉の疾患	a. रुमेटोइड गठिया /Rheumatoid arthritis /関節リウマチ b. ओस्टियोपोरोसिस /Osteoporosis/骨粗鬆症 c. ओस्टियोआर्थराइटिस /Osteoarthritis /変形性膝関節症 d. हर्नियेटेड इन्टरवर्टेब्रल डिस्क /Herniated intervertebral discs /椎間板ヘルニア e. गाउट/Gout/痛風 f. अन्य (हरू)/Others/その他
⑧ प्रसूति र स्त्री रोग /Obstetrics and gynecology disease /産婦人科の疾患	a. गर्भाशय फाइब्रोइड /Uterine fibroids /子宮筋腫 b. डिसमेनोरिया /Dysmenorrhea /月経困難症 c. बाँझोपन /Infertility/不妊症 d. अन्य (हरू)/Others/その他
⑨ आँखा रोग /Eye disease/眼の疾患	a. मोतिबिन्द /Cataract/白内障 b. ग्लुकोमा /Glaucoma/緑内障 c. रेटिनोपैथी /Retinopathy/網膜症 d. अन्य (हरू)/Others/その他
⑩ घातक ट्यूमर /Malignant tumor /悪性腫瘍	a. पेटको क्यान्सर /Stomach cancer/胃がん b. कोलोन क्यान्सर /Colon cancer/大腸がん c. कलेजो/पित्त थैली/प्यान्क्रियाटिक /Liver/gallbladder/pancreatic cancer /肝臓・胆のう・膵臓がん d. स्तन क्यान्सर /Breast cancer/乳がん e. पाठेघरको क्यान्सर /Uterine cancer /子宮がん f. फोक्सोको क्यान्सर /Lung cancer/肺癌 g. अन्य (हरू)/Others/その他
⑪ मानसिक रोग /Mental disease/精神の疾患	a. डिप्रेसन /Depression /うつ病 b. शिजोफ्रेनिया /Schizophrenia /統合失調症 c. अन्य (हरू)/Others/その他
⑫ आँखा नाख घाटी रोग /ENT disease/耳鼻科の疾患	a. श्रवणशक्ति कमजोर हुनु /Impaired hearing/難聴 b. चक्कर /Dizziness/めまい c. कान को आवाज /Ear noise/耳鳴 d. पराग एलर्जी /Pollen allergy/花粉症 e. अन्य (हरू)/Others /その他
⑬ रक्त रोग /Blood disease/血液の疾患	a. रक्तअल्पता /Anemia/貧血 b. ल्युकेमिया /Leukemia/白血病 c. अन्य (हरू)/Others /その他
⑭ छाला रोग /Skin disease/皮膚の疾患	a. एटोपिक डर्मेटाइटिस /Atopic dermatitis /アトピー性皮膚炎 b. टिनिया (एथलीटको खुट्टा) /Tinea (athlete's foot) /白癬症 (水虫) c. अन्य (हरू)/Others /その他

के तपाईंले कहिल्यै शल्यक्रिया गर्नुभएको छ?/Have you ever had surgery?
/今までに手術をしたことがありますか。

होइन/No
/いいえ हो/Yes
/はい

यदि तपाईंले "हो" "हो" छनोट गर्नुभयो भने, आफ्नो शल्यक्रियाको इतिहास लेख्नुहोस्।/If you checked "Yes", write the history of your surgery. /
「はい」に☑した方は下に手術歴を書いてください。

रोगको नाम/Disease names /疾患名	तपाईंको शल्यक्रियाको नाम /Name of your surgery/手術名	कहिले तपाईंको शल्यक्रिया भयो/When you had the surgery /手術をした時期	शल्यक्रिया भएको अस्पताल /Hospital where you had the surgery /手術をした医療機関

यदि तपाईं शल्यक्रियाको सही मिति बारे निश्चित हुनुहुन्न भने, वर्ष वा उमेर लेख्नुहोस्।

/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。

के तपाईं नियमित रूपमा धूम्रपान गर्नुहुन्छ?/Do you smoke regularly?
/習慣的に、たばこを吸いますか。

होइन/No
/いいえ हो/Yes
/はい धूम्रपान गर्थे/Used to smoke
/以前吸っていた

चुरोट खपत /Cigarette consumption/喫煙量	धूम्रपानको अवधि /Duration of smoking/喫煙期間	तपाईंले धूम्रपान छोडेको वर्ष /Year when you stopped smoking /喫煙をやめた年
_____ चुरोट/दिन cigarettes/Day 本/日	_____ वर्ष/Year/年	_____ वर्ष/Year/年 _____ महिना/Month/月

यदि तपाईंको अझै पनि धूम्रपान गर्ने बानी छ भने, तपाईंले धूम्रपान छोडेको वर्षको प्रश्नमा खाली छोड्नुहोस्।

/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。

के तपाईं नियमित मध्यपान सेवन गर्नुहुन्छ?/Do you drink regularly?
/習慣的にお酒を飲みますか。

छैन/No
/いいえ छ/Yes
/はい नियमित पिउने गर्थे/Used to drink regularly
/以前飲酒する習慣があった。

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

महिलाको खण्ड मा, तलका प्रश्नहरूको जवाफ दिनुहोस्। के तपाईं गर्भवती हुनुहुन्छ, वा सम्भवत गर्भवती हुनुहुन्छ?

/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。

छैन/No
/いいえ छ/Yes
/はい थाहा छैन/Do not know/わからない

के तपाईं स्तनपान गराउदै हुनुहुन्छ?/Are you breastfeeding?
/現在、授乳中ですか。

छैन/No
/いいえ छ/Yes
/はい

यदि तपाईंसँग परामर्शको बारेमा विशेष अनुरोध छ भने, बाक्स छनोट गर्नुहोस्।

/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。

- म मेरो अनुमानित चिकित्सा खर्चको बारेमा अग्रिम जानकारी पाउन चाहन्छु।
/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 अनुवादक सेवा उपलब्ध छ भने म अनुवादक सेवा लिन चाहन्छु।
/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 (हरू)/Other(s)/その他 :

本資料は、医師や法律の専門家等の監修をうけて作成されておりますが、日本と外国の言葉や制度等の違いにより解釈の違いが生じた際には、日本語を優先とします。
This English translation has been prepared under the supervision of doctors, legal experts or others. When any difference in interpretation arises because of a nuanced difference in related languages or systems, the Japanese original shall be given priority.

यो अङ्ग्रेजी अनुवाद डाक्टर, कानूनविद् वा अन्य व्यक्तिहरूको निरीक्षणमा तयार गरिएको हो। सम्बन्धित भाषा वा प्रणालीहरूमा सूक्ष्म भिन्नताका कारण व्याख्यामा कुनै भिन्नता उत्पन्न हुँदा, जापानी मूललाई प्राथमिकता दिइनेछ।