

आंतरिक चिकित्सा प्रश्नावली /Internal Medicine Questionnaire/内科 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		PR=	मि./min./分
	(आयु/Years old/歳)			BP=	एमएमएचजी /mmHg	
				RR=	मि./min./分	
				SPO2=	%	
ऊंचाई/वजन/Height/Weight/身長・体重	cm kg			लिंग/Sex/性別	<input type="checkbox"/> पुरुष/Male/男性 <input type="checkbox"/> महिला/Female/女性	
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:					

आज समस्या क्या है? (जो लागू हो उस पर निशान लगाएं।)/What is the problem today?(Check all that apply.)
/今日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。)

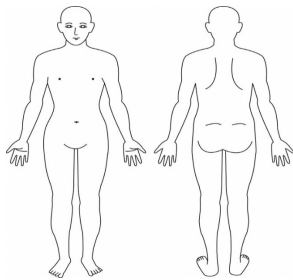
- | | | | | | |
|--|--|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> बुखार
/Fever/発熱 | <input type="checkbox"/> खाँसी/Cough
/咳 | <input type="checkbox"/> बहती नाक
/Runny nose/鼻水 | <input type="checkbox"/> कफ/Phlegm/痰 | <input type="checkbox"/> सांस लेने में दिक्कत
/Difficulty breathing
/息が苦しい | <input type="checkbox"/> घबराहट
/Palpitation/動悸 |
| <input type="checkbox"/> थका हुआ शरीर
/Feel sluggish
/身体がだるい | <input type="checkbox"/> आसानी से थक जाना
/Get easily tired
/疲れやすい | <input type="checkbox"/> सांस लेने में कठिनाई
/Shortness of breath
/息切れ | <input type="checkbox"/> चक्कर आना
/Dizziness/めまい | <input type="checkbox"/> भूख में कमी
/Loss of appetite
/食欲がない | <input type="checkbox"/> उल्टी
/Vomiting/嘔吐 |
| <input type="checkbox"/> रक्त - युक्त मल
/Bloody stool
/血便 | <input type="checkbox"/> जल्दी पेशाब आना
/Frequent urination
/頻尿 | <input type="checkbox"/> खूनी पेशाब
/Bloody urine/血尿 | <input type="checkbox"/> वजन घटना/Weight loss/体重減少 | <input type="checkbox"/> घास लगना
/Feel itchy
/痒が強く | <input type="checkbox"/> उच्चरक्तदाब
/Hypertension/高血圧 |
| <input type="checkbox"/> पक्षाघात
/Paralysis/麻痺 | <input type="checkbox"/> सूजन/Swelling
/むくみ | <input type="checkbox"/> हीम्स/Hives
/じんましん | <input type="checkbox"/> निद्रालोप
/Insomnia/不眠 | <input type="checkbox"/> सुन्न हाना
/Numbness/しびれ | <input type="checkbox"/> उबकाई
/Nausea/吐き気 |
| <input type="checkbox"/> दस्त/Diarrhea
/下痢 | <input type="checkbox"/> खुजली/Itchiness
/かゆみ | <input type="checkbox"/> दर्द/Pain/痛み | <input type="checkbox"/> मुझे किसी अन्य क्लिनिक/अस्पताल में (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。(複数含む) | <input type="checkbox"/> अन्य/Other(s)
/その他: | |

आपके मल पर लागू होने वाली सभी बातों पर निशान लगाएँ।/Check all that apply about your stool.
/便の性状に☑してください。

- | | | | | | |
|---|---|---|--|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> भूरा सफ़ेद
/Grayish white
/灰白色 | <input type="checkbox"/> भूरा/Brown/茶色 | <input type="checkbox"/> काला/Black/黒色 | <input type="checkbox"/> रक्त/रजित/Bloody
/血便 | <input type="checkbox"/> पनीला/Watery
/水様 | <input type="checkbox"/> नरम/Soft/軟便 |
| <input type="checkbox"/> सामान्य/Normal
/普通 | <input type="checkbox"/> ठोस/Hard
/硬い便 | *प्रति दिन मल आवृत्ति _____ प्रति दिन
/Stool frequency per day/一日の排便回数: /time(s)/day/回/日 | | | |

अपने लक्षणों का वर्णन करें./Describe your symptoms.
/症状についてご質問します。

उस स्थान पर गोला बनाएँ जहाँ आपको लक्षण महसूस हो रहा है।
/Circle the place where you are experiencing the symptom.
/症状のある部分に○を付けて下さい。



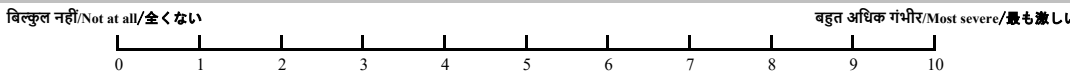
लक्षण कब उत्पन्न होता है?/When does the symptom occur?
/症状はどのようなときに現れますか。

- | | | | |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> सुबह
/Morning/朝 | <input type="checkbox"/> दिन का समय
/Daytime/昼 | <input type="checkbox"/> शाम/Evening
/夕方 | <input type="checkbox"/> बिस्तर पर रहते हुए
/While in bed
/就寝中 |
| <input type="checkbox"/> जागते समय/When waking up
/起床時 | <input type="checkbox"/> अनियमित
/Irregular
/不定期 | <input type="checkbox"/> अन्य/Other(s)
/その他: | |

लक्षण कैसा है?/What is the symptom like?
/症状はどのような性質を持っていますか。

- स्थिर/Constant/絶え間なく、続いている
- लक्षण आता है और चला जाता है/The symptom comes and goes
/症状が出たり消えたりしている
- लक्षण धीरे-धीरे बिगड़ रहा है/The symptom is gradually worsening
/徐々にひどくなってきている
- 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、飲んでる薬はありますか? ※ビタミン、栄養剤、サプリメントも含みます。

- 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。

	आपकी दवा का नाम /Name of medications /お薬の名前	अपनी दवा कस ल या उपयोग कर /How to take or use your medication /飲み方・使い方		आपकी दवा का नाम /Name of medications /お薬の名前	अपनी दवा कस ल या उपयोग कर /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)	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 उपचार वापस लेना /Withdrawal of treatment/治療中断 <input type="checkbox"/> उपचार के अंतगत/Under treatment/現在治療中 <input type="checkbox"/> अनुपचारित/Untreated/未治療	
	<input type="checkbox"/> बरामद/Recovered/治癒 उपचार वापस लेना /Withdrawal of treatment/治療中断 <input type="checkbox"/> उपचार के अंतगत/Under treatment/現在治療中 <input type="checkbox"/> अनुपचारित/Untreated/未治療	
	<input type="checkbox"/> बरामद/Recovered/治癒 उपचार वापस लेना /Withdrawal of treatment/治療中断 <input type="checkbox"/> उपचार के अंतगत/Under treatment/現在治療中 <input type="checkbox"/> अनुपचारित/Untreated/未治療	
	<input type="checkbox"/> बरामद/Recovered/治癒 उपचार वापस लेना /Withdrawal of treatment/治療中断 <input type="checkbox"/> उपचार के अंतगत/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. एंजाइना पेक्टोरिस /हृद्पेशीय 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 अंतस्त्रावी 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. कष्टवर्त /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 मैलिग्नैट ट्यूमर /Malignant tumor /悪性腫瘍	a. आमाशय का कैंसर /Stomach cancer /胃癌 b. पेट का कैंसर /Colon cancer /大腸がん c. लिवर/पित्ताशय /अमाशय 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. विखंडितमनस्कताप्रस्त /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 डर्मैटिटिस /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」に口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 का 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 शराब 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"/> क्विस्की/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 जानतीं/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。
- याद दुभाषया सवा उपलब्ध है तो मैं एक दुभाषया 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 :

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.

यह अंग्रेजी अनुवाद डॉक्टरों, कानूनी विशेषज्ञों या अन्य लोगों की देखरेख में तैयार किया गया है। जब संबंधित भाषाओं या प्रणालियों में सूक्ष्म अंतर के कारण व्याख्या में कोई अंतर उत्पन्न होता है, तो जापानी मूल को प्राथमिकता दी जाएगी।