

आन्तरिक चिकित्सा प्रश्नावली
/Internal Medicine Questionnaire/内科 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= PR= BP= RR= SPO2=	°C मिनेट/min./分 mmHg मिनेट/min./分 %
जन्म मिति /Date of birth /生年月日 (西暦)	वर्ष /Year/年 (महिना /Month/月 दिन /Day/日 वर्ष पुरानो/Years old/歳)		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"/> खाना(हरू)/Food(s)/たべもの: <input type="checkbox"/> औषधी/Medicine/くすり:			

आज के समस्या छ? (लागू हुने सबै छनोट गर्नुहोस्।)/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。)

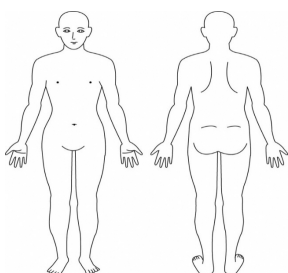
ज्वरो /Fever/発熱	<input type="checkbox"/> खोकी /Cough/咳	<input type="checkbox"/> नाक बग्नु /Runny nose/鼻水	<input type="checkbox"/> कफ/Phlegm/痰	<input type="checkbox"/> सास फेर्न गाह्रो /Breathe difficulty/息が苦しい	<input type="checkbox"/> ढुक्ढुकी /Palpitation/動悸
सुस्त महसुस /Feel sluggish /身体がだるい	<input type="checkbox"/> चाडै थकित हुनुहोस् /Get easily tired /疲れやすい	<input type="checkbox"/> सास स्वा स्वा हुनु /Shortness of breath/息切れ	<input type="checkbox"/> चक्कर आउनु /Dizziness/めまい	<input type="checkbox"/> भोक नलागनु /Loss of appetite /食欲がない	<input type="checkbox"/> उल्टी /Vomiting/嘔吐
दिसामा रात /Bloody stool /血便	<input type="checkbox"/> बारम्बार पिसाब लाग्नु /Frequent urination /頻尿	<input type="checkbox"/> पिसाब मा रात /Bloody urine/血尿	<input type="checkbox"/> तौल घट्नु /Weight loss /体重減少	<input type="checkbox"/> तिर्खा लाग्नु /Feel thirsty/喉が渇く	<input type="checkbox"/> उच्च रक्तचाप /Hypertension/高血圧
पक्षाघात /Paralysis/麻痺	<input type="checkbox"/> सुनि /Swelling/むくみ	<input type="checkbox"/> पित्तहरू /Hives/じんましん	<input type="checkbox"/> अनिद्रा /Insomnia/不眠	<input type="checkbox"/> सुनि /Numbness/しびれ	<input type="checkbox"/> वाकवाकी /Nausea/吐き気
पखाला लाग्नु /Diarrhea/下痢	<input type="checkbox"/> चिलाउने /Itchiness/かゆみ	<input type="checkbox"/> दुखाइ/Pain/痛み	<input type="checkbox"/> महगै अर्को क्लिनिक/अस्पताल (वा नियमित चेक-अपमा) यहाँ आउन सक्दछ/दिक्को विवेक। 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。(確認含む)	<input type="checkbox"/> अन्य (हरू) /Other(s) /その他:	

तपाईंको दिसाको बारेमा लागू हुने सबै छनोट गर्नुहोस्।/Check all that apply about your stool.
/便の性状に☑してください。

खरो सेतो /Grayish white/ 灰白色	<input type="checkbox"/> खरो/Brown/茶色	<input type="checkbox"/> कालो/Black/黒色	<input type="checkbox"/> रक्त भएको/Bloody /血便	<input type="checkbox"/> पालतो /Watery/水様	<input type="checkbox"/> नरम /Soft/軟便
सामान्य /Normal/普通	<input type="checkbox"/> कडा/Hard /硬い便	दिशा आवृत्ति प्रति दिन /Stool frequency per day/一日の排便回数:	पटक (हरू)/दिन /time(s)/day/回/日		

आपनो लक्षणहरू वर्णन गर्नुहोस्।/Describe your symptoms.
/症状についてご質問します。तपाईंले लक्षण अनुभव गरिरहेको ठाउँमा गोले गर्नुहोस्।
/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 कहिले देखा पर्छ?/When does the symptom occur?
/症状はどのようなときに現れますか。

<input type="checkbox"/> बिहान /Morning/朝	<input type="checkbox"/> दिनमा /Daytime/昼	<input type="checkbox"/> साँझ /Evening/夕方	<input type="checkbox"/> ओछ्यानमा हुँदा /While in bed /就寝中
<input type="checkbox"/> झुँझ्या /When waking up /起床時	<input type="checkbox"/> अनियमित /Irregular /不定期	<input type="checkbox"/> अन्य (हरू) /Other(s) /その他:	

लक्षण कस्तो छ?/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 आउँछ र जान्छ/The symptom comes and goes
/症状が出たり消えたりしている
- लक्षण बिस्तारै बिग्रिदैछ/The symptom is gradually worsening
/徐々にひどくなってきている
- अन्य (हरू)/Other(s)/その他

यदि तपाईंले 1 - 10 को स्केलमा लक्षण वर्णन गर्नुहुन्छ भने, लक्षण कति गम्भीर छ? तलको नम्बरमा ○ लेखी छनोट गर्नुहोस्।
/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、どのくらいですか?下の数字のところに○を付けてください。

छदै छैन/Not at all/全くない

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

धेरै गम्भीर/Most severe/最も激しい

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 _____ : _____ 午前・午後 _____ 時 _____ 分ごろから	बिहान / दिउँसो/ AM/PM
---------------------	-----------------------	-------------------	---	-----------------------

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。

होइन/
No
/いい
え

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
		⑥	
		⑦	
		⑧	
		⑨	
		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氣、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/治癒 <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/治癒 <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/治癒 <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/治癒 <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 /मायोकार्डियल इन्फार्क्शन /Angina pectoris /myocardial infarction /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 मूगूला र मूत्र रोग /Kidney and urological disease /腎・泌尿器系の疾患	a. मूगूला विफल /Chronic renal failure /慢性腎不全 b. मिगूला/पिसाबको पत्थरी /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 स्रायु 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 गाठिया /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 इन्टर्वर्टेब्रल 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 क्यान्सर/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. सिजोफ्रेनिया /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" 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 धुम्रपान 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 धुम्रपान गर्थे/Used to smoke /以前吸っていた

चुरोट खपत /Cigarette consumption/喫煙量	धुम्रपानको अवधि /Duration of smoking/喫煙期間	तपाईंले धुम्रपान 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 धुम्रपान गर्ने बानी छ भने, तपाईंले धुम्रपान 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 रूपमा रक्सि पदार्थ लिनु हुन्छ? /Do you drink regularly?

/習慣的にお酒を飲みますか。

- होइन/No /いいえ हो/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"/> विस्की/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。

- होइन/No /いいえ हो/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。

- होइन/No /いいえ हो/Yes /はい

यदि तपाईंसँग परामर्शको बारेमा विशेष अनुरोध छ भने, बाकस 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 :