

## स्वासन चोकेत्सा प्रश्नावली

### /Respiratory Medicine Questionnaire/呼吸器内科 間診票

बिरामीको नाम /Name of patient /患者氏名				कर्मचारीको लागि मात्र /For staff only /医療機関記入欄	BT= °C PR= मिनेट/min./分 BP= mmHg RR= मिनेट/min./分 SPO2= %
जन्म मिति /Date of birth /生年月日 (西暦)	वर्ष /Year/年 ( )	महिना /Month/月	दिन /Day/日		
उचाई/तौल/Height/Weight/身長・体重	cm	kg	लिङ्ग/Sex/性別	□ पुरुष /Male/男性 □ 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"/> 薬/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       घरघराहट/Wheezing  
/ゼーゼーと言う       खोकी/Cough/咳       कफ /Phlegm/痰       छातीको दुखाइ  
/Chest pain/胸痛       सास फेर्न गाहो हुनु  
/Difficulty breathing  
/息苦しさ
- मलाई अकों क्लिनिक/अस्पतालले (वा नियमित चेक-अपमा) यहाँ आउन सल्लाह दिएको थिए।  
/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(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 checked "Phlegm" in the above question, check the details below.  
/「痰がでる」に☑した方はあてはまるものに、痰の性状に☑してください。

- सेतो  
/Whitish/白色       पहेलो  
/Yellowish/黄色       हरियो  
/Greenish/緑色       गुलाबी  
/Pinkish/ピンク色       खुन भएको/Bloody  
/血が混じる       फिझ भएको/Frothy  
/泡が混じっている
- च्याप च्याप  
/Sticky/粘調       पातलो  
/Thin/サラサラ

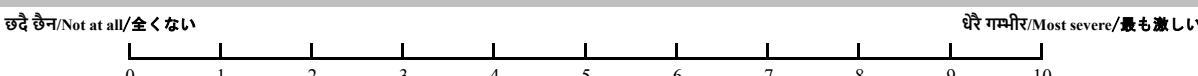
लक्षण कस्तो छ? /What is the symptom like?  
/症状はどのような性質を持っていますか。

- स्थिर/Constant/絶え間なく、続いている       लक्षण बिस्तारे बिग्रिदैछ/The symptom is gradually worsening.  
/徐々にひどくなっている
- लक्षण आउँछ र जान्छ/The symptom comes and goes.       अन्य (हरू)/Other(s)/その他:

लक्षण कति बेला देखा पर्छ? /When does the symptom occur?  
/症状はどのような時に現れますか。

- बिहान  
/Morning/朝       दिनमा  
/Daytime/昼       साझ  
/Evening/夕方       ओल्जानमा हुँदा/While  
/in bed /就寝中       ब्यूझाँदा  
/When waking up  
/起床時       अनियमित  
/Irregular/不定期
- 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、どのぐらいですか? 下の数字のところに○を付けてください。



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 \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ बिहान / दिउँसो/ AM/PM AM/am/PM/pm  
午前・午後 時 分ごろから

भिटामिन र पोषण पूरक सहित, के तपाईँ 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、サプリメントも含みます。

- 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
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       हो/Yes  
 /いいえ       /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」に図した人は、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 नम्रवाले 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. पौष्टिक अत्सर /Peptic ulcer/消化器潰瘍	b. हेपाटाइटिस /Hepatitis/肝炎	c. हेपाटिक 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. एन्जाइना पेटोरीस /मायोकार्डियल/मायोकार्डियल इफार्केशन /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	मूरौता र मूत्र रोग /Kidney and urological disease /腎・泌尿器系の疾患	a. मूरौता विफल /Chronic renal failure /慢性腎不全	b. मिर्गोला/पिसाबाको 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 सायु प्रणाली रोग /Brain and nervous system disease /脳神経系の疾患	a. सेरेब्रल इन्फार्क्शन /Cerebral infarction /脳梗塞	b. सेरेब्रल रक्तसाव /Cerebral hemorrhage /脳出血	c. एपिलैप्सी /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 मलिटास /Diabetes mellitus /糖尿病	b. हाइपरएपिडिमिया /Hyperlipidemia /高脂血症	c. थाइरोइड ग्रथिको खराबी /Thyroid gland malfunction /甲状腺機能障害	d. हाइपरप्रूट्रीसीमिया /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. रुमटोइड गठिया /Rheumatoid arthritis /関節リウマチ	b. ऑस्टियोपोरोसिस /Osteoporosis /骨粗鬆症	c. ऑस्टियोआर्ट्राइटिस /Osteoarthritis /变形性膝関節症	d. हेनियेटेड इंटरवर्ट्रल डिस्स /Herniated intervertebral discs /椎間板ヘルニア	e. गाउट/Gout/痛風
⑧	प्रस्रुति 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 /月經困難症	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. ग्लूकोमा /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. करोजोपित थेली/प्लाकियाटिक 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
⑪	मानसिक रोग /Mental disease /精神の疾患	f. फोक्झोको क्यान्सर /Lung cancer/肺癌	g. अन्य (हरू)/Others /その他			
⑫	आँखा नाख घाटी रोग /ENT disease /耳鼻科の疾患	a. डिप्रेसन /Depression/うつ病	b. सिजोफ्रेनिया /Schizophrenia/統合失調症	c. अन्य (हरू)/Others /その他		
⑬	रक्त रोग /Blood disease /血液の疾患	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
⑭	छाला रोग /Skin disease /皮膚の疾患	a. रक्तात्पत्ता /Anemia/貧血	b. ल्युकेमिया/Leukemia /白血病	c. अन्य (हरू)/Others /その他		
⑮	टिनिया (एथलीटको खुटा) /Tinea (athlete's foot) /アトピー性皮膚炎	a. एटोपिक डर्मेटाइटिस /Atopic dermatitis	b. टिनिया (एथलीटको खुटा) /Tinea (athlete's foot) /白癬症 (水虫)	c. अन्य (हरू)/Others /その他		

के तपाईंले कहिलै 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       हो/Yes  
/いいえ      /はい

यदि तपाईंले "हो" छनोट गर्नुभयो भने, आफ्नो शल्यक्रियाको इतिहास लेख्नुहोस।  
/If you checked "Yes", write the history of your surgery.  
/[はい]に□した方は下に手術履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 लेख्नुहोस।

/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       हो/Yes  
/いいえ      /はい

धुम्रपान गर्दै/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 本/日	_____ cigarettes/Day	_____ वर्ष/Year/年 _____ メンス/Month/月

यदि तपाईंको अझे पाने धुम्रपान गने बानी छ भने, तपाईंले धुम्रपान छोडेको वर्षको प्रश्नमा खाली छोड्नुहोस।

/If you still have a smoking habit, leave a blank in the question about the year you stopped smoking.

/現在も喫煙を続いている方は、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 रस्सि 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 गर्दै/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"/> क्लिस्की/Whisky /ウイスキー	_____ मिलि/दिन/ml/Day/日
<input type="checkbox"/> जापानी सake/Japanese sake/日本酒	_____ मिलि/दिन/ml/Day/日	<input type="checkbox"/> रसी/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 दिनुहोस। 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 गराउँदै 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 गर्नुहोस।

/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 चाहन्छ।  
/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ほしい。
- यदि अनुवादक सेवा उपलब्ध छ भने म अनुवादक सेवा लिन चाहन्छ।  
/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 :