

गैस्ट्रोएंटरोलॉजी प्रश्नावली/Gastroenterology Questionnaire/消化器科 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 आयु/Years old/歳)		PR= मि./min./分
ऊंचाई/वजन/Height/Weight/身長・体重	cm kg		BP= एमएमएचजी /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
		लिंग/Sex/性別	SPO2= %
		<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。)

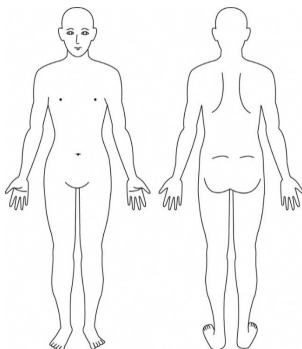
- उबकाई/Nausea /吐き気
- उल्टी करना /Vomiting/嘔吐
- दस्त /Diarrhea/下痢
- डकार आना /Burping/げっぷ
- कब्ज /Constipation/便秘
- पेट में जलन /Heartburn/胸やけ
- रक्त - युक्त मल /Bloody stool/血便
- खून की उल्टी /Vomiting blood/血を吐く
- भूख न लगना /Appetite loss/食欲減退
- वजन घटना /Weight loss/体重減少
- खाना गले में अटक गया /Food stuck in throat/食事がのどにつかえる
- 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:

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。

- भूरा सफ़ेद /Grayish white/灰白色
- भूरा/Brown/茶色
- काला/Black/黒色
- रक्तर्जित /Bloody/血便
- पनीला/Watery/水様
- नरम/Soft/軟便
- सामान्य /Normal/普通
- 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 बनाएं जहां 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。

- सुबह /Morning/朝
- दिन का समय /Daytime/昼
- शाम /Evening/夕方
- बिस्तर पर रहते हुए /While in bed/就寝中
- जागते समय/When waking up/起床時
- अनियमित /Irregular/不定期
- 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/ 治愈 <input type="checkbox"/> 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/ 治愈 <input type="checkbox"/> 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/ 治愈 <input type="checkbox"/> 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/ 治愈 <input type="checkbox"/> 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 /Angina pectoris / 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. कष्टर्तव /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 डरमेटिटिस /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☑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 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。
- 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 :