

बाल रोग प्रश्नावली/Pediatrics Questionnaire/小児科 問診票

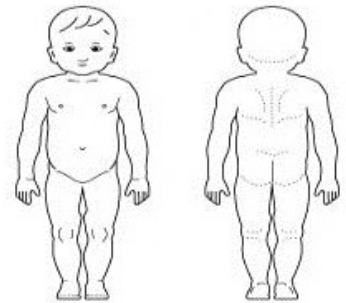
मरीज का नाम /Name of patient /患者氏名				BT= °C
जन्म की तारीख /Date of birth /生年月日 (西暦)	वर्ष /Year/年	महीना /Month/月	दिन /Day/日	PR= मि./min./分
ऊंचाई/वजन/Height/Weight/身長・体重	cm kg			BP= एमएमएचजी /mmHg
एलर्जी/Allergies /アレルギーの有無	<input type="checkbox"/> भोजन/Food(s)/食べ物: <input type="checkbox"/> दवा/Medicine/薬:			RR= मि./min./分
	लिंग/Sex/性別			SPO2= %
	<input type="checkbox"/> पुरुष/Male/男性 <input type="checkbox"/> महिला/Female/女性			

※कृपया मातृ एवं शिशु स्वास्थ्य पुस्तिका और दवा रिकॉर्ड (नोटबुक) प्रस्तुत करने के लिए तैयार रहें।
/Please be prepared to present the Maternal and Child Health Handbook and medication record (notebook).
/母子健康手帳、お薬手帳をお持ちの方は、ご用意ください。

आज समस्या क्या है? (जो लागू हो उस पर निशान लगाएं।)/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"/> बुखार/Fever/発熱 | <input type="checkbox"/> दर्द/Pain/痛み | <input type="checkbox"/> खाँसी/Cough/咳 | <input type="checkbox"/> बहती नाक
/Runny nose/鼻汁 |
| <input type="checkbox"/> नाक बंद
/Nasal congestion
/鼻づまり | <input type="checkbox"/> उल्टी करना
/Vomiting/嘔吐 | <input type="checkbox"/> दस्त/Diarrhea/下痢 | <input type="checkbox"/> उबकाई/Nausea
/吐き気 |
| <input type="checkbox"/> रक्त - युक्त मल
/Bloody stool/血便 | <input type="checkbox"/> हींस
/Hives/じんましん | <input type="checkbox"/> खुजली/Eczema
/湿疹 | <input type="checkbox"/> जन्मचिह्न, चोट
/Birthmark, bruise
/あざ |
| <input type="checkbox"/> फोड़ा/Boil/できもの | <input type="checkbox"/> खरोंच/Rash/発疹 | <input type="checkbox"/> शुष्क त्वचा
/Dry skin/皮膚の乾燥 | <input type="checkbox"/> एटोपिक लक्षण
/Atopic symptoms/アトピー |
| <input type="checkbox"/> होश खो देना
/Loss of consciousness
/意識がなくなる | <input type="checkbox"/> खराब मूड
/Bad mood
/機嫌がわるい | <input type="checkbox"/> भूख में कमी
/Loss of appetite
/食欲がない | <input type="checkbox"/> दूध नहीं पीता
/Does not drink milk
/ミルクを飲まない |
| <input type="checkbox"/> आक्षेप/Convulsion
/けいれん | <input type="checkbox"/> कान का दर्द
/Earache/耳痛 | <input type="checkbox"/> बाल विकास पर परामर्श
/Consultation on child development
/発達相談 | <input type="checkbox"/> बच्चों की देखभाल पर परामर्श
/Consultation on child care
/育児相談 |
| <input type="checkbox"/> एलर्जी परामर्श/Allergy consultation
/アレルギーの相談 | <input type="checkbox"/> मुझे किसी अन्य क्लिनिक/अस्पताल ने (या नियमित जांच के दौरान) यहाँ 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) | | |
| <input type="checkbox"/> टीकाकरण/Vaccination
/ワクチン接種 | <input type="checkbox"/> अन्य/Other(s)
/その他: | | |

उस स्थान पर गोला बनाएं 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。



यदि आपने उपरोक्त प्रश्न में "मुझे किसी अन्य क्लिनिक/अस्पताल द्वारा यहाँ आने की सलाह दी गई थी" की जांच की है, तो नीचे लागू होने वाली सभी चीजों की जांच करें।
/If you checked "I was advised by another clinic/hospital to come here" in the above question, check all that apply below. / 「他の医療機関から受診するように勧められた (健診含む)」に☑された方は、当てはまるものを☑してください。

- | | | | | |
|---|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> इलेक्ट्रोकार्डियोग्राम में असामान्यता
/Abnormality in electrocardiogram
/心電図異常 | <input type="checkbox"/> छोटा कद
/Short height/低身長 | <input type="checkbox"/> वजन कम बढ़ना
/Poor weight gain
/体重増加不良 | <input type="checkbox"/> मूत्र-विश्लेषण में असामान्यता
/Abnormality in Urinalysis
/尿検査異常 | <input type="checkbox"/> भाषा का धीमा विकास
/Slow language development
/言葉の遅れ |
|---|---|---|--|---|

क्या आपके स्कूल, नर्सरी या परिवार में कोई बीमारी फैल रही है?

/Have any diseases been spreading in your school, nursery or in the family?/学校や保育所、家族内で流行している病気はありますか。

- | | | | | |
|---|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> नहीं/No
/いいえ | <input type="checkbox"/> हाँ/Yes
/はい | यदि हाँ, तो नीचे दी गई बीमारियों की जांच करें जो वर्तमान में फैल रही हैं।/If yes, check the disease(s) below that have currently been spreading. / 「あり」に☑された方は、どの病気が流行しているか、☑してください。 | | |
| <input type="checkbox"/> छोटी चेचक
/Chicken pox
/みずぼうそう | <input type="checkbox"/> संक्रामक अंत्रशोथ
/Infectious gastroenteritis
/感染性胃腸炎 | <input type="checkbox"/> स्ट्रेप्टोकोकल संक्रमण
/Streptococcal infection
/溶連菌感染症 | <input type="checkbox"/> कण्ठमाला का रोग/Mumps/
/おたふくかぜ | <input type="checkbox"/> इन्फ्लुएंजा/Influenza
/インフルエンザ |
| <input type="checkbox"/> हर्पिंगना
/Herpangina
/ヘルパンギーナ | <input type="checkbox"/> एडेनोवायरस संक्रमण
/Adenovirus infection
/アデノウイルス感染症 | <input type="checkbox"/> एरीथेमा इन्फेक्टिवम
/Erythema infectiosum
/りんご病 | <input type="checkbox"/> अन्य/Other(s)
/その他: | <input type="checkbox"/> हाथ पैर और मुँह की बीमारी
/Hand, foot and mouth disease
/手足口病 |

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
			_____	_____		_____	_____
			_____	_____		_____	_____

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。

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> नहीं/No
/いいえ | <input type="checkbox"/> हाँ/Yes
/はい | *हमें अपनी दवा या दवा का रिकॉर्ड (नोटबुक) दिखाएं।
/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		④	
②		⑤	
③		⑥	

जन्म के समय अपनी स्थितियों के बारे में लिखें। * मातृ एवं शिशु स्वास्थ्य पुस्तिका प्रस्तुत करें।

/Write about your conditions at birth. * Present the Maternal and Child Health Handbook.

/生まれた時のことを、お書きください。*母子健康手帳をお持ちの方は、手帳をスタッフに渡してください。

क्या आपको प्रसव या प्रसव के दौरान कोई समस्या हुई?/Did you have any problems during labor or delivery?
/分娩時に異常がありましたか。

- नहीं/No/いいえ हाँ/Yes/はい नहीं जानतीं/Do not know/わからない

यदि हाँ, तो समस्या(समस्याओं) का वर्णन करें।/If yes, describe the problem(s).
/「はい」に☑された方は、どのような異常があったか書いてください。

- गर्भस्थ भ्रूण की उल्टी स्थिति /Breech presentation/骨盤位 नाल का फंदा /Loop of umbilical cord/臍帯巻絡 सीजेरियन सेक्शन /Caesarean section/帝王切開 नवजात शिशु का दम घुटना /Neonatal asphyxia/新生児仮死

जन्म/Birth/出生時

प्रसव के समय गर्भवस्था के सप्ताह _____ सप्ताह _____ दिन
/Weeks of pregnancy at childbirth/出生時週数 : _____ /Week/週 _____ /Days/日

वज़न/Weight/体重 : _____ ग्राम/g

ऊँचाई/Height/身長 : _____ cm/cm सिर की परिधि /Head circumference/頭囲 : _____ cm/cm छाती के व्यास /Chest circumference/胸囲 : _____ cm/cm

क्या इस अस्पताल से पहले आपका किसी अन्य अस्पताल में इलाज हुआ है?/Have you been treated at any other hospital before this hospital?
/当院に来るまでに、ほかの病院にかかられましたか。

नहीं/No/いいえ हाँ/Yes/はい हाँ/Yes/はい
/If Yes, write the name(s) of hospital(s) that you have been treated before./「はい」に☑した人は、治療していた医療機関名を書いてください。

	परामर्श की तिथि /Date of consultation/受診日	अस्पताल का नाम/Hospital name /医療機関名	दवा का पर्चा/Prescription /処方の有無
①			<input type="checkbox"/> हाँ/Yes/あり <input type="checkbox"/> नहीं/No/なし
②			<input type="checkbox"/> हाँ/Yes/あり <input type="checkbox"/> नहीं/No/なし

वे सभी बीमारियाँ लिखें जिनका आप वर्तमान में इलाज करा रहे हैं और कोई पिछली बीमारियाँ भी लिखें।

/Write all diseases that you are currently being treated for and any past diseases.

/現在治療中、または過去の病気があればお書きください。

नहीं/No/いいえ हाँ/Yes/はい हाँ/Yes/はい
/If Yes, write the name(s) of hospital(s) that you have been treated before./「はい」に☑した人は、治療していた医療機関名を書いてください。

	रोग के नाम/Disease names /疾患名	उपचार की प्रगति/Treatment progress /治療経過	अस्पताल का नाम/Hospital name /医療機関名
①		<input type="checkbox"/> बरामद/Recovered/治癒 <input type="checkbox"/> उपचार के अंतर्गत/Under treatment/現在治療中 <input type="checkbox"/> उपचार वापस लेना /Withdrawal of treatment/治療中断 <input type="checkbox"/> अनुपचारित/Untreated/未治療	
②		<input type="checkbox"/> बरामद/Recovered/治癒 <input type="checkbox"/> उपचार के अंतर्गत/Under treatment/現在治療中 <input type="checkbox"/> उपचार वापस लेना /Withdrawal of treatment/治療中断 <input type="checkbox"/> अनुपचारित/Untreated/未治療	

भोजन विधि का वर्णन करें./Describe feeding method.

/現在の食事の形態を教えてください。

- दूध पिलाना /Milk feeding/哺乳 केवल स्तनपान /Breast feeding only/母乳栄養 _____ एमएल/दिन/ml/day/日 स्तन प्लस फार्मूला दूध /Breast plus formula milk/混合栄養 _____ समय/दिन(time(s))/day/日/回 केवल फार्मूला दूध /Formula milk only/人工栄養
- शिशु भोजन /Baby food/離乳食 *भोजन की आवृत्ति /Meal frequency/食事回数 पहली अवधि/First period/初期 दूसरी अवधि/Second period/中期 तीसरी अवधि/Third period/後期
- दिन में एक बार/Once a day/1日1回 दिन में दो बार/ Twice a day/1日2回 दिन में 3 बार/3 times a day/1日3回
- अनुवर्ती दूध/Follow-up milk/フォローアップミルク _____ एमएल/दिन/ml/day/日 _____ समय/दिन(time(s))/day/日/回
- ठोस आहार/Solid food/固形食 *भोजन की आवृत्ति /Meal frequency/食事回数 दिन में एक बार/Once a day/1日1回 दिन में दो बार/ Twice a day/1日2回 दिन में 3 बार/3 times a day/1日3回

नीचे टीकाकरण इतिहास की जाँच करें। मेडिकल स्टाफ को मातृ एवं शिशु स्वास्थ्य पुस्तिका और टीकाकरण रिकॉर्ड बुक दिखाएं।

/Check the vaccination history below. Show medical staff the Maternal and Child Health Handbook and Vaccination Record Book.

/ワクチン接種歴を下記に書いてください。母子手帳、ワクチン手帳をお持ちの方は、スタッフに見せてください。

<input type="checkbox"/> हिब/Hib _____ बार /time(s)/回	<input type="checkbox"/> रोटावायरस /Rotavirus/ロタ _____ बार /time(s)/回	<input type="checkbox"/> न्यूमोकोकस /Pneumococcus/肺炎球菌 _____ बार /time(s)/回
<input type="checkbox"/> कण्ठमाला का रोग /Mumps/おたふくかぜ _____ बार /time(s)/回	<input type="checkbox"/> टेट्रा वैक्सीन (डीपीटी-आईपीवी) /Tetra vaccine(DPT-IPV) /4種混合 (DPT-IPV) _____ बार /time(s)/回	<input type="checkbox"/> ट्रिपल वैक्सीन (डीपीटी) /Triple vaccine (DPT) /3種混合 (DPT) _____ बार /time(s)/回
<input type="checkbox"/> हेपेटाइटिस बी /Hepatitis B/B型肝炎 _____ बार /time(s)/回	<input type="checkbox"/> ओरल पोलियोविरस /Oral poliovirus /経口ポリオ _____ बार /time(s)/回	<input type="checkbox"/> बीसीजी /BCG/BCG _____ बार /time(s)/回
<input type="checkbox"/> निष्क्रिय पोलियोविरस /Inactivated poliovirus /不活化ポリオ _____ बार /time(s)/回	<input type="checkbox"/> एमआर टीका /MR vaccine/MR _____ बार /time(s)/回	<input type="checkbox"/> हेपेटाइटिस ए /Hepatitis A /A型肝炎 _____ बार /time(s)/回
<input type="checkbox"/> छोटी माता /Chickenpox/水痘 _____ बार /time(s)/回	<input type="checkbox"/> खसरा/Measles /麻疹 _____ बार /time(s)/回	<input type="checkbox"/> जापानी एन्सेफ़लॉपसिस /Japanese encephalitis /日本脳炎 _____ बार /time(s)/回
<input type="checkbox"/> रूबेला /Rubella/風疹 _____ बार /time(s)/回	<input type="checkbox"/> MMR/MMR _____ बार /time(s)/回	<input type="checkbox"/> अन्य/Other(s) /その他のワクチン : _____ बार /time(s)/回

यदि परामर्श के संबंध में आपका कोई विशेष अनुरोध है, तो बॉक्स पर टिक 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 :

本資料は、医師や法律の専門家等の監督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।