

## बाल रोग प्रश्नावली/Pediatrics Questionnaire/小児科 問診票

बिरामीको नाम /Name of patient /患者氏名				BT=	°C
जन्म मिति /Date of birth /生年月日 (西曆)	वर्ष /Year/年	महिना /Month/月	दिन /Day/日	कर्मचारीको लागि मात्र /For staff only /医療機関記入欄	PR= मिनेट/min./分
उचाई/तौल/Height/Weight/身長・体重	cm kg		लिङ्ग/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)/食べ物: <input type="checkbox"/> औषधी/Medicine/薬:				

कृपया मातृ र बाल स्वास्थ्य पुस्तिका र औषधि रेकर्ड (नोटबुक) प्रस्तुत गर्न तयार हुनुहोस्।

/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 के समस्या छ? (लागू हुने सबै छनोट गर्नुहोस्।)/What is the problem today?(Check all that apply.)

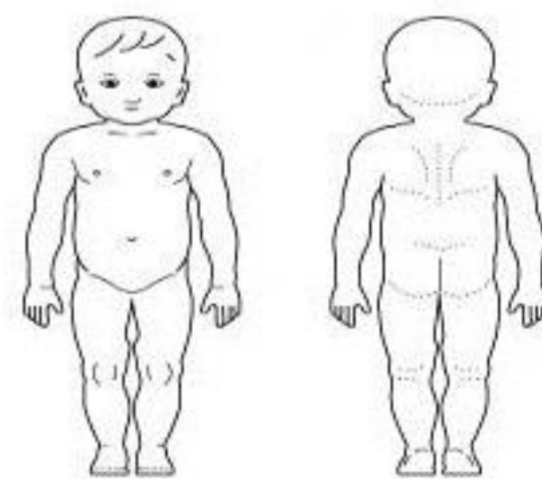
/今日どのような症状がありますか。(複数ある方は複数☑してください。)

- |   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> ज्वरो/Fever/発熱                                       | <input type="checkbox"/> दुखाइ/Pain/痛み  | <input type="checkbox"/> खोकी/Cough/咳   | <input type="checkbox"/> नाक बाट पानी बग्नु<br>/Runny nose/鼻汁                        |
| <input type="checkbox"/> नाक बन्द<br>/Nasal congestion<br>/鼻づまり               | <input type="checkbox"/> उल्टी<br>/Vomiting/嘔吐  | <input type="checkbox"/> पखाला<br>/Diarrhea/下痢  | <input type="checkbox"/> वाकवाकी<br>/Nausea/吐き気                                      |
| <input type="checkbox"/> दिसामा रगत<br>/Bloody stool/血便                       | <input type="checkbox"/> पित्तहरू<br>/Hives/じんましん   | <input type="checkbox"/> एक्जिमा/Eczema<br>/湿疹  | <input type="checkbox"/> जन्मचिन्ह, घाउ<br>/Birthmark, bruise<br>/あざ                 |
| <input type="checkbox"/> उमाल्नु/Boil/できもの                                    | <input type="checkbox"/> दाग/Rash/発疹  | <input type="checkbox"/> सुख्खा छाला/Dry skin<br>/皮膚の乾燥                                 | <input type="checkbox"/> एटोपिक लक्षणहरू/Atopic<br>symptoms /アトピー                    |
| <input type="checkbox"/> चेतनाको हानि<br>/Loss of consciousness<br>/意識がなくなる   | <input type="checkbox"/> खराब स्थिति/Bad mood<br>/機嫌がわるい  | <input type="checkbox"/> भोक नलाग्ने/Loss of appetite<br>/食欲がない                         | <input type="checkbox"/> दूध पिउदैन<br>/Does not drink milk<br>/ミルクを飲まない             |
| <input type="checkbox"/> आघात/Convulsion<br>/けいれん                             | <input type="checkbox"/> कान दुख्ने<br>/Earache/耳痛  | <input type="checkbox"/> बाल विकास मा परामर्श/Consultation on<br>child development/発達相談 | <input type="checkbox"/> बाल हेरचाह मा<br>परामर्श/Consultation on<br>child care/育児相談 |
| <input type="checkbox"/> एलर्जी परामर्श<br>/Allergy consultation<br>/アレルギーの相談 | मलाई अर्को क्लिनिक/अस्पतालले (वा नियमित चेक-अपमा) यहाँ आउन सल्लाह दिएको थियो।<br>/I was advised by another clinic/hospital (or at a regular check-up) to come here.<br>/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"/> खोप/Vaccination<br>/ワクチン接種                           | <input type="checkbox"/> अन्य(हरू)/Other(s)<br>/その他:  |   |  |

तपाईंले लक्षण अनुभव गरिरहनुभएको ठाउँमा सर्कल 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。



यदि तपाईंले माथिको प्रश्नमा "मलाई अर्को क्लिनिक/अस्पतालले यहाँ आउन सल्लाह दिएको थियो" जाँच गर्नुभयो भने, तल लागू हुने सबै जाँच गर्नुहोस्।

/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"/> इलेक्ट्रोकार्डियोग्राममा असामान्यता/Abnormality<br>in electrocardiogram<br>/心電図異常 | <input type="checkbox"/> छोटो उचाइ<br>/Short height/低身長 | <input type="checkbox"/> कमजोर तौल वृद्धि<br>/Poor weight gain<br>/体重増加不良 | <input type="checkbox"/> मूत्र विश्लेषणमा असामान्यता<br>/Abnormality in Urinalysis<br>/尿検査異常 | <input type="checkbox"/> ढिलो भाषा विकास<br>/Slow language development<br>/言葉の遅れ |
|--|---|---|--|--|

तपाईंको विद्यालय, नर्सरी वा परिवारमा कुनै रोग फैलिएको छ?

/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"/> होइन/No<br>/いいえ                       | <input type="checkbox"/> हो/Yes<br>/はい  | यदि हो भने, हाल फैलिएको रोग(हरू) को जाँच गर्नुहोस्।<br>/If yes, check the disease(s) below that have currently been spreading.<br>/「あり」に☑された方は、どの病気が流行っているか、☑してください。 |   |   |   |
| <input type="checkbox"/> ठेउला<br>/Chicken pox<br>/みずぼうそう      | <input type="checkbox"/> संक्रामक ग्यास्ट्रोएन्टेराइटिस<br>/Infectious gastroenteritis<br>/感染性胃腸炎 | <input type="checkbox"/> स्ट्रेप्टोकोकल संक्रमण<br>/Streptococcal infection<br>/溶連菌感染症   | <input type="checkbox"/> कण्ठमाला का रोग<br>/Mumps/おたふくかぜ | <input type="checkbox"/> कडा रुघा/Influenza<br>/インフルエンザ | <input type="checkbox"/> हात, खुट्टा र मुख रोग/Hand, foot<br>and mouth disease/手足口病 |
| <input type="checkbox"/> हर्पिंगिना<br>/Herpangina<br>/ヘルパンギーナ | <input type="checkbox"/> एडेनोभाइरस संक्रमण<br>/Adenovirus infection<br>/アデノウイルス感染症               | <input type="checkbox"/> संक्रामी त्वग्रक्तिमा<br>/Erythema infectiosum<br>/りんご病   | <input type="checkbox"/> अन्य(हरू)/Other(s)<br>/その他:      |   |   |

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 \_\_\_\_\_ /月 \_\_\_\_\_ /日 \_\_\_\_\_

महिना /Month \_\_\_\_\_ /月 \_\_\_\_\_ /日 \_\_\_\_\_

दिन /Day \_\_\_\_\_ /日 \_\_\_\_\_

लगभग देखि/From about \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ बिहान / दिउँसो/ AM/PM/AM/PM

午前・午後 \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分ごろから

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。

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> होइन/No<br>/いいえ | <input type="checkbox"/> हो/Yes<br>/はい | *हामीलाई तपाईंको औषधि वा औषधि रेकर्ड देखाउनुहोस् (नोटबुक).<br>/Show us your medication or medication record (notebook).<br>/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		④	
②		⑤	
③		⑥	

तपाईंको जन्मको अवस्थाको बारेमा लेख्नुहोस्। मातृ र बाल स्वास्थ्य पुस्तिका प्रस्तुत गर्नुहोस्।

/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。

के तपाईंलाई प्रसव वा प्रसवको समयमा कुनै समस्या भयो?/Did you have any problems during labor or delivery?

/分娩時に異常がありましたか。

- होइन/No/いいえ  हो/Yes/はい  थाहा छैन/Do not know/わからない

यदि हो भने, समस्या(हरू) वर्णन गर्नुहोस्।/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。

- ब्रीच प्रस्तुति /Breech presentation/骨盤位  नाभीले बाधिएको /Loop of umbilical cord/臍帯巻絡  अप्रेसन गरेर जन्मेको /Caesarean section/帝王切開  नवजात शिशुको एस्फिकसिया /Neonatal asphyxia/新生児仮死

### जन्म/Birth/出生時

बच्चा जन्माउँदा गर्भस्थको हप्ताहरू/Weeks of pregnancy at childbirth : \_\_\_\_\_ हप्ता \_\_\_\_\_ दिन  
/出生時週数 /Week/週 /Days/日

उचाइ/Height/身長 : \_\_\_\_\_ सेमी/cm टाउको परिधि /Head circumference/頭圍 : \_\_\_\_\_ सेमी/cm छाती परिधि /Chest circumference/胸圍 : \_\_\_\_\_ सेमी/cm

के तपाईंले यो अस्पताल भन्दा पहिले कुनै अन्य अस्पतालमा उपचार गर्नुभएको छ?/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。

- होइन/No/いいえ  हो/Yes/はい यदि हो भने, तपाईंले पहिले उपचार गर्नुभएको अस्पताल(हरू) को नाम(हरू) लेख्नुहोस्  
/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 मिति /Date of consultation/ 受診日	अस्पतालको नाम/Hospital name /医療機関名	डाक्टरद्वारा स्क्रिप्ट/Prescription /処方の有無
①			<input type="checkbox"/> हो/Yes/あり <input type="checkbox"/> होइन/No/なし
②			<input type="checkbox"/> हो/Yes/あり <input type="checkbox"/> होइन/No/なし

तपाईंले विगतका कुनै पनि रोगहरू र हाल उपचार गरिरहनुभएको सबै रोगहरू लेख्नुहोस्।

/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。

- होइन/No/いいえ  हो/Yes/はい यदि हो भने, तपाईंले पहिले उपचार गर्नुभएको अस्पताल(हरू) को नाम(हरू) लेख्नुहोस्  
/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。

	रोगका नामहरू/Disease names /疾患名	उपचार प्रगति/Treatment progress /治療経過	अस्पतालको नाम/Hospital name /医療機関名
①		<input type="checkbox"/> निको भैसकेको/Recovered/治癒 <input type="checkbox"/> उपचारको क्रममा/Under treatment/現在治療中 <input type="checkbox"/> उपचार बन्द गरिएको /Withdrawal of treatment/治療中断 <input type="checkbox"/> उपचार नगरिएको/Untreated/未治療	
②		<input type="checkbox"/> निको भैसकेको/Recovered/治癒 <input type="checkbox"/> उपचारको क्रममा/Under treatment/現在治療中 <input type="checkbox"/> उपचार बन्द गरिएको /Withdrawal of treatment/治療中断 <input type="checkbox"/> उपचार नगरिएको/Untreated/未治療	

खुवाउने विधि वर्णन गर्नुहोस्।/Describe feeding method.

/現在の食事の形態を教えてください。

- दूध खुवाउने /Milk feeding/哺乳  स्तनपान मात्र /Breast feeding only/母乳栄養 \_\_\_\_\_ मिलि / दिन/ml/day/日  स्तन र सूत्र दूध /Breast plus formula milk/混合栄養 \_\_\_\_\_ पटक/ दिन/time(s)/day/回/日  सूत्र दूध मात्र /Formula milk only/人工栄養
- बच्चा खाना /Baby food/離乳食  पहिलो अवधि/First period/初期  दोस्रो अवधि/Second period/中期  तेस्रो अवधि/Third period/後期
- भोजन आवृत्ति /Meal frequency/食事回数  दिनमा एकपटक/Once a day/1日1回  दिनको दुई पटक/ Twice a day/1日2回  दिनमा तीन पटक/3 times a day/1日3回
- फलो-अप दूध/Follow-up milk/フォローアップミルク \_\_\_\_\_ मिलि/दिन/ml/day/日 \_\_\_\_\_ पटक/दिन/time(s)/day/回/日
- ठोस खाना/Solid food/固形食  \*भोजन आवृत्ति /Meal frequency/食事回数  पहिलो अवधि/First period/初期  दोस्रो अवधि/Second period/中期  तेस्रो अवधि/Third period/後期

तलको खोप इतिहास लेख्नुहोस्। मेडिकल स्टाफलाई मातृ र बाल स्वास्थ्य पुस्तिका र खोप रेकर्ड बुक देखाउनुहोस्।

/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。

- हिब/Hib \_\_\_\_\_ पटक /time(s)/回  रोटाभाइरस /Rotavirus/ロタ \_\_\_\_\_ पटक /time(s)/回  निमोकोकस /Pneumococcus/肺炎球菌 \_\_\_\_\_ पटक /time(s)/回
- मम्स /Mumps/おたふくかぜ \_\_\_\_\_ पटक /time(s)/回  टेट्रा भ्याक्सिन (DPT-IPV) /Tetra vaccine(DPT-IPV)/4種混合 (DPT-IPV) \_\_\_\_\_ पटक /time(s)/回  तेस्रो भ्याक्सिन (DPT) /Triple vaccine (DPT)/3種混合 (DPT) \_\_\_\_\_ पटक /time(s)/回
- हेपाटाइटिस बी /Hepatitis B/B型肝炎 \_\_\_\_\_ पटक /time(s)/回  मुखमा पोलियोभाइरस /Oral poliovirus/経口ポリオ \_\_\_\_\_ पटक /time(s)/回  क्षयरोग को खोप/BCG /BCG \_\_\_\_\_ पटक /time(s)/回
- पोलियोभाइरस /Inactivated poliovirus/不活化ポリオ \_\_\_\_\_ पटक /time(s)/回  दादुरा-रुबेला भ्याक्सिन /MR vaccine/MR \_\_\_\_\_ पटक /time(s)/回  हेपाटाइटिस ए/Hepatitis A /A型肝炎 \_\_\_\_\_ पटक /time(s)/回
- ठेउला /Chickenpox/水痘 \_\_\_\_\_ पटक /time(s)/回  दादुरा/Measles /麻疹 \_\_\_\_\_ पटक /time(s)/回  जापानी एन्सेफलाइटिस /Japanese encephalitis/日本脳炎 \_\_\_\_\_ पटक /time(s)/回
- रुबेला /Rubella/風疹 \_\_\_\_\_ पटक /time(s)/回  दादुरा, मम्स र रुबेल को खोप/MMR \_\_\_\_\_ पटक /time(s)/回  अन्य(हरू)/Other(s) /その他のワクチン : \_\_\_\_\_ पटक /time(s)/回

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 :

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.  
यो अनुवादक अनुवादक, कानूनविद् वा अन्य व्यक्तिहरूको निरीक्षणमा तयार गरिएको हो। सम्बन्धित भाषा वा प्रणालीहरूमा सूक्ष्म भिन्नताका कारण व्याख्यामा कुनै भिन्नता उत्पन्न हुँदा, जापानी मूललाई प्राथमिकता दिइनेछ।