

शल्यक्रिया प्रश्नावली/Surgery Questionnaire/外科 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= °C
जन्म मिति /Date of birth /生年月日 (西曆)	वर्ष /Year/年	महिना /Month/月	दिन /Day/日		PR= मिनेट/मिन./分
उचाई/तेल/Height/Weight/身長・体重	_____ cm _____ kg				BP= mmHg
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:				RR= मिनेट/मिन./分
				लिंग/Sex/性別	SPO2= %
				<input type="checkbox"/> पुरुष/Male/男性	<input type="checkbox"/> महिला/Female/女性

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。(複数ある方は複数回してください。)

- | | | | | | |
|--|---|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> सुनिने/Swelling
/むくみ | <input type="checkbox"/> दुखाइ/Pain/痛み | <input type="checkbox"/> गाँठ/Lump/しこり | <input type="checkbox"/> ज्वरो
/Fever/発熱 | <input type="checkbox"/> पायस
/Hemorrhoid/痔 | <input type="checkbox"/> कब्जियत
/Constipation/便秘 |
| <input type="checkbox"/> दिसमा रात
/Bloody stool
/血便 | <input type="checkbox"/> तौल घट्नु
/Weight loss
/体重減少 | <input type="checkbox"/> खाना नरुचुनु
/Appetite loss
/食欲減退 | <input type="checkbox"/> पखाला
/Diarrhea/下痢 | <input type="checkbox"/> वाकवाकी/Nausea
/吐き気 | <input type="checkbox"/> उल्टी
/Vomiting/嘔吐 |
| <input type="checkbox"/> मर्काइ
/Sprain/ねんざ | <input type="checkbox"/> चोट/Injury
/けが | <input type="checkbox"/> घाँटीमा खाना अडकिनु
/Food stuck in throat
/食事がのどにつかえる | <input type="checkbox"/> अन्य(हरू)/Other(s)
/その他 | | |

मलाई अर्को क्लिनिक/अस्पतालले (वा नियमित चेक-अपमा) यहाँ आउन सल्लाह दिएको थियो।

-
- 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)

तपाईंको दिशाको बारेमा लागू हुने सबैमा छनोट गर्नुहोस्।/Check all that apply about your stool.

/便の性状に□してください。

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

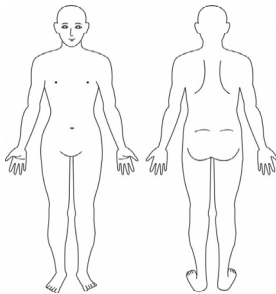
आपनो लक्षणहरू वर्णन गर्नुहोस्।/Describe your symptoms.

/症状についてご質問します。

तपाईंले लक्षण अनुभव गरिरहनुभएको ठाउँमा गोला 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"/> बूझ्दा
/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

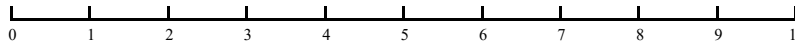
यदि तपाईंले 1 - 10 को स्केलमा लक्षण वर्णन गर्नुहुन्छ भने, लक्षण कति गम्भीर छ? तलको नम्बरमा ○ लेखी छनोट गर्नुहोस्।

/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、どのぐらいですか?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

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 _____ : _____ 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。

-
- 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 /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 अन्तर्गत/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	
	<input type="checkbox"/> निको भैसकेको/Recovered/治癒 <input type="checkbox"/> उपचार अन्तर्गत/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	
	<input type="checkbox"/> निको भैसकेको/Recovered/治癒 <input type="checkbox"/> उपचार अन्तर्गत/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	
	<input type="checkbox"/> निको भैसकेको/Recovered/治癒 <input type="checkbox"/> उपचार अन्तर्गत/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	

<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 मृगौला र मूत्र रोग /Kidney and urological disease /腎・泌尿器系の疾患	a. मृगौला विफल /Chronic renal failure /慢性腎不全	b. मिर्गौला/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 स्नायु 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. 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. हाइपरयुरिसीमिया /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 गठिया /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
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 धूम्रपान 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 धूम्रपान गर्थे/Used to smoke
/以前吸っていた

चुरोट खपत /Cigarette consumption/喫煙量	धूम्रपानको अवधि/Duration of smoking /喫煙期間	तपाईंले धूम्रपान 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 धूम्रपान गर्ने बानी छ भने, तपाईंले धूम्रपान 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"/> व्हिस्की/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 :