

युरोलोजी प्रश्नावली/Urology Questionnaire/泌尿器科 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 वर्ष पुरानो/Years old/歳)		PR= मिनेट/min./ 分
उचाई/तौल/Height/Weight/身長・体重	cm kg	लिंग/Sex/性別	BP= mmHg मिनेट/min./ 分
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:	<input type="checkbox"/> पुरुष/Male/男性 <input type="checkbox"/> महिला/Female/女性	RR= 分 SPO2= %

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。)

- | | | | | | |
|--|--|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> ज्वरो
/Fever/発熱 | <input type="checkbox"/> बारम्बार पिसाब लाग्नु
/Frequent urination
/頻尿 | <input type="checkbox"/> रगत पिसाब
/Bloody urine/血尿 | <input type="checkbox"/> मूत्र असंयम
/Urinary incontinence
/尿失禁 | <input type="checkbox"/> पिसाब गर्दा दुख्ने
/Pain when urinating
/排尿時痛 | <input type="checkbox"/> पिसाब फेर्न कठिनाई
/Difficulty urinating
/尿がでにくい |
| <input type="checkbox"/> स्क्रोटल सूजन
/Scrotum swelling
/陰囊が腫れている | <input type="checkbox"/> पिसाबमा पिप आउनु
/Pus in urine
/尿に膿がでる | <input type="checkbox"/> पीडा हुन्छ
/Have pain
/痛みがある | <input type="checkbox"/> दाग
/Rash/できもの | <input type="checkbox"/> फिमोसिस
/Phimosis/包茎 | <input type="checkbox"/> यौन सम्बन्धमा चिन्ता छ
/Worries about sexual matters.
/性の悩み |
- 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)
- 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。

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> स्थिर/Constant/絶え間なく、続いている | <input type="checkbox"/> लक्षण बिस्तारै बढ्दैछ।/The symptom is gradually worsening.
/徐々にひどくなってきている |
| <input type="checkbox"/> लक्षण आउँछ र जान्छ।/The symptom comes and goes.
/症状が出たり消えたりしている | <input type="checkbox"/> अन्य (हरू)/Other(s)
/その他: |

के तपाईंले आफ्नो पति/पत्नी बाहेक अरु कसैसँग यौनसम्पर्क गर्नुभएको छ?
/Have you had sexual intercourse with someone besides your partner?/不特定の方と性交渉がありましたか。

- होइन/No
/いいえ हो/Yes
/はい

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 हुनुहुन्छ्यो?/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」に口した人は、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/治療 <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/治療 <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/治療 <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/治療 <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. 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 /Angina pectoris /狭心症 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 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 रक्तस्राव /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. हाइपरयूरिसीमिया /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 f. अन्य (हरू)/Others /その他
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. कलेजी/पित्त थेली/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. टिना (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" "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。

- छैन/No
/いいえ छ/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。

- छैन/No
/いいえ छ/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。

- छैन/No
/いいえ छ/Yes
/はい

यदि तपाईंसँग परामर्शको बारेमा विशेष अनुरोध छ भने, बाक्स 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 :