

न्यूरोसर्जरी प्रश्नावली/Neurosurgery Questionnaire/脳神経外科 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		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 क्या समस्या है?(लागू होने वाले सभी को जाँचें)/What is the problem today?(Check all that apply.)
/今日はど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"/> सिरदर्द/Headache/頭痛 | <input type="checkbox"/> भारी सिर दर्द
/Heavy headedness
/頭重感 | <input type="checkbox"/> चक्कर आना
/Dizziness/めまい | <input type="checkbox"/> उबकाई
/Nausea/吐き気 | <input type="checkbox"/> वमन
/Vomiting/嘔吐 | <input type="checkbox"/> सुन्न होना
/Numbness/しびれ |
| <input type="checkbox"/> चलने में कठिनाई
/Gait difficulty
/歩行障害 | <input type="checkbox"/> दृश्य हानि (दोहरी दृष्टि, दृश्य क्षेत्र दोष)
/Visual impairment (double vision, visual field defect)
/視力障害 (複視・視野欠損) | <input type="checkbox"/> पक्षाघात
/Paralysis/麻痺 | <input type="checkbox"/> हाथ/पैर सुन्न हो जाना
/Numbness in hands and feet
/手足がしびれる | <input type="checkbox"/> गर्दन हिलाने पर दर्द होना
/Pain when moving the neck
/首を動かすと痛い | <input type="checkbox"/> चेतना की गड़बड़ी
/Disturbance of consciousness/
意識障害 |
| <input type="checkbox"/> सुनने में कठिनाई
/Difficulty hearing
/難聴 | <input type="checkbox"/> कान में घंटियों बजना
/Ringing in the ear
/耳鳴り | <input type="checkbox"/> बोलने में कठिनाई/अस्पष्ट वाणी
/Difficulty speaking/Slurred speech
/言葉が出にくい、呂律が回らない | | | |
- 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)
- अन्य/Other(s)
/その他:

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
_____ : _____
पूर्वाह्न/मध्याह्न के बाद/pm
_____ : _____
पूर्वाह्न/मध्याह्न के बाद/pm

यदि आपने ऊपर जिस लक्षण का उल्लेख किया है वह जारी है, तो यह कब शुरू हुआ?
/If the symptom you have mentioned above has been continuing, when did it start?
/上記症状が一時的であった場合は、この症状はいつ始まりいつ終わりましたか。

वर्ष /Year/年 _____ महीना /Month/月 _____ दिन /Day/日 _____
लगभग इससे/From about _____ : _____ पूर्वाह्न/am/मध्याह्न के बाद/pm
_____ : _____
पूर्वाह्न/मध्याह्न के बाद/pm

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。

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> स्थिर/Constant/絶え間なく、続いている | <input type="checkbox"/> लक्षण धीरे-धीरे बिगड़ रहा है/The symptom is gradually worsening.
/徐々にひどくなってきている |
| <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> अन्य/Other(s)/その他: |

लक्षण कब उत्पन्न होता है?/When does the symptom occur?
/症状はどのような時に現れますか。

- | | | | | | |
|---|--|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> सुबह
/Morning/朝 | <input type="checkbox"/> दिन
/Daytime/昼 | <input type="checkbox"/> शाम
/Evening/夕方 | <input type="checkbox"/> बिस्तर पर रहते हुए/While
in bed
/就寝中 | <input type="checkbox"/> जागते समय
/When waking up
/起床時 | <input type="checkbox"/> अनियमित
/Irregular/不定期 |
| <input type="checkbox"/> 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。

बिल्कुल नहीं/Not at all/全くない बहुत अधिक गंभीर/Most severe/最も激しい

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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
_____ : _____
पूर्वाह्न/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、飲んでいる薬はありますか? ※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/治癒 <input type="checkbox"/> उपचार के अंतर्गत/Under treatment/現在治療中 <input type="checkbox"/> उपचार वापस लेना <input type="checkbox"/> अनुपचारित/Untreated/未治療 /Withdrawal of treatment/治療中断	
	<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 <input type="checkbox"/> अनुपचारित/Untreated/未治療 /Withdrawal of treatment/治療中断	
	<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 <input type="checkbox"/> अनुपचारित/Untreated/未治療 /Withdrawal of treatment/治療中断	
	<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 <input type="checkbox"/> अनुपचारित/Untreated/未治療 /Withdrawal of treatment/治療中断	

<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 /肝硬化 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 /हृदय रोग /Angina pectoris /myocardial infarction /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. गुर्द 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 फाइब्रॉएड /Uterine fibroids /子宮筋腫 b. कष्टव /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/पित्तशय/अमाशय 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 ईपनटी 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. लैकेमिया /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 :