

प्रसूति एवं स्त्री रोग प्रश्नावली/Obstetrics and Gynecology Questionnaire/産婦人科 問診票

रोगी 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 PR= मि./min./分 BP= एमएमएचजी. /mmHg RR= मि./min./分 SPO2= %
जन्म की तारीख /Date of birth /生年月日 (西暦)	वर्ष /Year/年 (महीना /Month/月 आयु/Years old/歳)	दिन /Day/日			
ऊंचाई/वजन/Height/Weight/身長・体重		cm	kg	लिंग/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/Food(s)/食べ物: <input type="checkbox"/> दवा/Medicine/薬:					

आज क्या समस्या है? (लागू होने वाले सभी को जाँचें!)/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"/> गर्भावस्था/Pregnancy
/妊娠 | <input type="checkbox"/> मासिक धर्म विकार
/Menstrual disorder
/月経異常 | <input type="checkbox"/> मासिक - धर्म में दर्द
/Menstrual pain/月経痛 | <input type="checkbox"/> योनि स्राव/Vaginal
discharge
/おりもの | <input type="checkbox"/> असामान्य योनि से रक्तस्राव
/Abnormal vaginal bleeding
/不正出血 | <input type="checkbox"/> पेशाब करते समय दर्द होना
/Pain when urinating
/排尿時痛 |
| <input type="checkbox"/> पेशाब करने में कठिनाई
/Difficulty urinating
/尿がでにくい | <input type="checkbox"/> हेमट्यूरिया (मूत्र में रक्त)
/Hematuria (blood in urine)
/尿に血が混じる | <input type="checkbox"/> पाइयूरिया (मूत्र में मवाद)
/Pyuria (pus in urine)
/尿に膿が混じる | <input type="checkbox"/> पेरिनियम दाने
/Perineum rash
/会陰部にできもの | <input type="checkbox"/> लालिमा और सूजन
/Redness and swelling
/赤く腫れている | <input type="checkbox"/> दर्द हो
/Have pain
/痛みがある |
| <input type="checkbox"/> खुजली/Itchiness
/かゆみ | <input type="checkbox"/> मूत्रीय अन्वयम
/Urinary incontinence
/尿失禁 | <input type="checkbox"/> मल असंयम
/Fecal incontinence
/便失禁 | <input type="checkbox"/> यूटेरिन प्रोलेप्स
/Uterine prolapse
/子宮脱 | <input type="checkbox"/> प्रजनन उपचार पर
परामर्श/Consultation on fertility
treatment/不妊の相談 | <input type="checkbox"/> उल्टी करना
/Vomiting/嘔吐 |
| <input type="checkbox"/> जी मिचलाना/Nausea
/嘔気 | <input type="checkbox"/> कैंसर की जांच
/Cancer screening/がん健診 | <input type="checkbox"/> मुझे किसी अन्य क्लिनिक/अस्पताल ने (या नियमित जांच के दौरान) यहां 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"/> अन्य/Other(s)
/その他: | | | | | |

मैं आपसे आपके मासिक धर्म के बारे में पूछना चाहता हूँ।/I'd like to ask you about your menstrual periods.
/月経についてお伺いします。

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> जब आपको मासिक धर्म शुरू हुआ तब आपकी उम्र कितनी थी?
/How old were you when you started having your period?/月経がはじまったのはいつですか。 | आयु/Age
/年齢: | तुम यहाँ कब थे/When you were around
आयु/years old/歳ごろ |
| <input type="checkbox"/> जब आपकी आखिरी माहवारी हुई थी तब आपकी उम्र कितनी थी?
/How old were you when you had your last period?/月経が終わったのはいつですか。 | आयु/Age
/年齢: | तुम यहाँ कब थे/When you were around
आयु/years old/歳ごろ |
| <input type="checkbox"/> आपका मासिक धर्म चक्र कितने दिनों का है?
/How many days long is your menstrual cycle?/月経周期は何日ですか。 | दिन-मासिक चक्र
/Day-menstrual cycle/日型 | <input type="checkbox"/> अनियमित
/Irregular/不定期で不順 |
| <input type="checkbox"/> माहवारी औसतन कितने दिनों तक चलती है?
/How many days do periods last on average?/平均月経持続日数は何日ですか。 | आपके मासिक धर्म की दिन-लंबाई
/Day-length of your menstrual period/日間 | |
| <input type="checkbox"/> आपका सामान्य प्रवाह क्या है?/What is your usual flow?
/月経の量はどのぐらいですか。 | <input type="checkbox"/> हल्का/Light
/少ない | <input type="checkbox"/> सामान्य
/Normal/普通 <input type="checkbox"/> भारी/Heavy/多い |
| <input type="checkbox"/> क्या आपको मासिक धर्म के दौरान कोई दर्द होता है
/Do you have any pain during your periods?/月経痛はありますか。 | <input type="checkbox"/> नहीं/No
/いいえ | <input type="checkbox"/> हाँ/Yes
/はい |

यदि आपने "हां" उत्तर दिया है और दर्दनिवारक लेते हैं, तो उस दर्दनिवारक का नाम लिखें।

If you answered "Yes" and take a pain killer, write the name of that pain killer.

「はい」と答えた方で鎮痛剤を使用されている方は、鎮痛剤も書いてください。

दर्द निवारक/Pain killer/鎮痛剤:

- | | | | |
|---|-----------------|-------------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> आपकी आखिरी माहवारी कब थी?
/When was your last period?/最終月経はいつですか。 | वर्ष
/Year/年 | महीना
/Month/月 | दिन
/Day/日 |
|---|-----------------|-------------------|---------------|

क्या आपने कभी संभोग किया है?/Have you ever had sexual intercourse?
/今までに性交渉の経験がありますか。

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> नहीं/No
/いいえ | <input type="checkbox"/> हाँ/Yes
/はい |
|--|---|

क्या आपने कभी गर्भाशय कैंसर का परीक्षण कराया है?/Have you ever had a uterine cancer test?
/子宮がん検診を受けたことがありますか。

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> नहीं/No
/いいえ | <input type="checkbox"/> हाँ/Yes
/はい |
|--|---|

*यदि आपकी पहले कोई सर्जरी हुई हो तो उसकी तारीख लिखें।

If you had a surgery before, write its date./受けたことがある方は日付を書いてください。

वर्ष /Year/年	महीना /Month/月	दिन /Day/日
-----------------	-------------------	---------------

क्या आपने कभी गर्भनिरोधक गोлияँ ली हैं?/Have you ever taken birth control pills?
/ピル (避妊薬) を飲んでいたことがありますか。

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> नहीं/No
/いいえ | <input type="checkbox"/> हाँ/Yes
/はい |
|--|---|

क्या आप गर्भवती हैं या संभवतः गर्भवती हैं?/Are you pregnant or possibly pregnant?
/妊娠していますか、またその可能性はありますか。

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> नहीं/No
/いいえ | <input type="checkbox"/> हाँ/Yes/はい
(_____ सप्ताह /Weeks/週) | <input type="checkbox"/> नहीं पता/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?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> नहीं/No
/いいえ | <input type="checkbox"/> हाँ/Yes
/はい |
|--|---|

मैं आपसे पिछली गर्भधारण के बारे में पूछना चाहता हूँ। यदि आपके पास अपनी पिछली गर्भावस्थाओं के लिए मातृ एवं शिशु स्वास्थ्य पुस्तिकाएं हैं, तो कृपया उन्हें प्रस्तुत करने के लिए तैयार रहें।/I'd like to ask you about past pregnancies. If you had Maternal and Child Health Handbook(s) for your past pregnancies, please be prepared to present them.

/妊娠歴についてお伺いします。過去の妊娠の時の母子手帳をお持ちの方は母子手帳を用意してください。

- गर्भावस्था का कोई इतिहास नहीं है
/Have no history of pregnancy/妊娠したことがない
- गर्भावस्था का इतिहास हो
/Have a history of pregnancy/妊娠したことがある

यदि आपने "मुझे गर्भावस्था हुई थी" चेक किया है, तो नीचे अपना गर्भावस्था इतिहास लिखें।
/If you checked "I had a pregnancy", write your pregnancy history below.

/「妊娠したことがある」に☑された方は下の妊娠歴をお書きください。

	साल/महीना/दिन/Year/Month/Day /年月日	प्रसव/Delivery/分娩	गर्भपात हुआ या नहीं /Had a miscarriage or not /流産の有無	असामान्य गर्भावस्था थी या नहीं /Had abnormal pregnancy or not/異常妊娠の有無	गर्भावस्था के सप्ताह /Weeks of pregnancy/週数
पहला बच्चा /First baby /1人目	_____ साल/Year/年 _____ महीना/Month/月 _____ दिन/Day/日	<input type="checkbox"/> योनि प्रसव /Vaginal delivery/経産分娩 <input type="checkbox"/> सीजेरियन सेक्शन /Caesarean section/帝王切開	<input type="checkbox"/> गर्भपात/Miscarriage /自然流産 <input type="checkbox"/> गर्भपात/Abortion/人工流産	<input type="checkbox"/> हाँ/Yes/あり <input type="checkbox"/> नहीं/No/なし	— — —
दूसरा बच्चा/Second baby /2人目	_____ साल/Year/年 _____ महीना/Month/月 _____ दिन/Day/日	<input type="checkbox"/> योनि प्रसव /Vaginal delivery/経産分娩 <input type="checkbox"/> सीजेरियन सेक्शन /Caesarean section/帝王切開	<input type="checkbox"/> गर्भपात/Miscarriage /自然流産 <input type="checkbox"/> गर्भपात/Abortion/人工流産	<input type="checkbox"/> हाँ/Yes/あり <input type="checkbox"/> नहीं/No/なし	— — —
तीसरा बच्चा/Third baby /3人目	_____ साल/Year/年 _____ महीना/Month/月 _____ दिन/Day/日	<input type="checkbox"/> योनि प्रसव /Vaginal delivery/経産分娩 <input type="checkbox"/> सीजेरियन सेक्शन /Caesarean section/帝王切開	<input type="checkbox"/> गर्भपात/Miscarriage /自然流産 <input type="checkbox"/> गर्भपात/Abortion/人工流産	<input type="checkbox"/> हाँ/Yes/あり <input type="checkbox"/> नहीं/No/なし	— — —
चौथा बच्चा/Fourth baby /4人目	_____ साल/Year/年 _____ महीना/Month/月 _____ दिन/Day/日	<input type="checkbox"/> योनि प्रसव /Vaginal delivery/経産分娩 <input type="checkbox"/> सीजेरियन सेक्शन /Caesarean section/帝王切開	<input type="checkbox"/> गर्भपात/Miscarriage /自然流産 <input type="checkbox"/> गर्भपात/Abortion/人工流産	<input type="checkbox"/> हाँ/Yes/あり <input type="checkbox"/> नहीं/No/なし	— — —
पांचवां बच्चा /Fifth baby /5人目	_____ साल/Year/年 _____ महीना/Month/月 _____ दिन/Day/日	<input type="checkbox"/> योनि प्रसव /Vaginal delivery/経産分娩 <input type="checkbox"/> सीजेरियन सेक्शन /Caesarean section/帝王切開	<input type="checkbox"/> गर्भपात/Miscarriage /自然流産 <input type="checkbox"/> गर्भपात/Abortion/人工流産	<input type="checkbox"/> हाँ/Yes/あり <input type="checkbox"/> नहीं/No/なし	— — —

क्या आपको गर्भावस्था या प्रसव के दौरान कोई समस्या हुई?/Did you have any problems during your pregnancy or delivery?
/過去に妊娠中・分娩時などの異常はありましたか。

- नहीं/No
/いいえ हाँ/Yes
/はい

यदि आपने "हां" चुना है, तो लागू होने वाली निम्नलिखित वस्तुओं की जांच करें
/If you checked "Yes", check the following items that apply.

/「はい」に☑された方は、下の項目で当てはまるものに、☑してください。

- उच्च रक्तचाप
/Hypertension/高血圧 मधुमेह
/Diabetes mellitus
/糖尿病 सूजन/Swelling
/むくみ समय से पहले डिलीवरी की धमकी दी गई
/Threatened premature delivery/切迫早産
- खून का थक्का जमने की समस्या थी
/Had a problem with blood clotting
/出血が止まらなくなりました ऐंठन/Convulsion
/けいれん अन्य/Other(s)/その他 :

यदि आप गर्भवती हैं, तो क्या आप इस अस्पताल में बच्चा पैदा करना चाहेंगी?/If you are pregnant, would you like to have the baby at this hospital?
/妊娠の方は当院での出産を希望されますか。

- नहीं/No
/いいえ हाँ/Yes
/はい

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。

- स्थिर/Constant/絶え間なく、続いている लक्षण धीरे-धीरे बिगड़ रहा है।/The symptom is gradually worsening.
/徐々にひどくなっている
- 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 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 _____ महीना/Month _____ दिन/Day _____ लक्षण इससे/From about _____ : _____ पूर्वाह्न/am/अपराह्न/pm
/午前・午後 _____ 時 _____ 分ごろから

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 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		दवाओं 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 अतीत में 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 हां/Yes
/はい

यदि आपने "हां" चेक किया है, तो सूची से स्थिति चुनें, और उस अस्पताल का नाम लिखें जहां 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。

बीमारी का नाम (निम्नलिखित सूची 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"/> स्वस्थ होनेवाला/Recovered/治癒 <input type="checkbox"/> इलाज बंद करना /Withdrawal of treatment/治療中断	<input type="checkbox"/> उपचार के अंतर्गत/Under treatment/現在治療中 <input type="checkbox"/> अनुपचारित/Untreated/未治療
	<input type="checkbox"/> स्वस्थ होनेवाला/Recovered/治癒 <input type="checkbox"/> इलाज बंद करना /Withdrawal of treatment/治療中断	<input type="checkbox"/> उपचार के अंतर्गत/Under treatment/現在治療中 <input type="checkbox"/> अनुपचारित/Untreated/未治療
	<input type="checkbox"/> स्वस्थ होनेवाला/Recovered/治癒 <input type="checkbox"/> इलाज बंद करना /Withdrawal of treatment/治療中断	<input type="checkbox"/> उपचार के अंतर्गत/Under treatment/現在治療中 <input type="checkbox"/> अनुपचारित/Untreated/未治療
	<input type="checkbox"/> स्वस्थ होनेवाला/Recovered/治癒 <input type="checkbox"/> इलाज बंद करना /Withdrawal of treatment/治療中断	<input type="checkbox"/> उपचार के अंतर्गत/Under treatment/現在治療中 <input type="checkbox"/> अनुपचारित/Untreated/未治療

<बीमारियों की सूची/List of diseases/疾患リスト>

रोग की प्रणाली /System of disease/疾患の系統	बीमारी का नाम /Disease names/疾患名
① पाचन रोग /Digestive disease /消化器系の疾患	a. पेट्रिक छाला /Peptic ulcer /消化器潰瘍 b. हेपेटाइटिस /Hepatitis /肝炎 c. यकृत 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 /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. गुर्दे/मूत्र पथरी /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. मिर्गी /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 स्टियोआर्थराइटिस/ Osteoarthritis /変形性膝関節症 d. हर्नियेटेड इंटरवर्टेब्रल डिस्क /Herniated intervertebral discs /椎間板ヘルニア e. गठिया/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 फाइब्रॉइड /Uterine fibroids /子宮筋腫 b. कश्रांत /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 मैलिग्नैंट 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/पित्ताशय/अग्राशय 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. एक प्रकार का मानसिक विकार /Schizophrenia /統合失調症 c. अन्य/Others/その他
⑫ ईएनटी 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. एनीमिया /Anemia/貧血 b. लेकिमिया /Leukemia/白血病 c. अन्य/Others/その他
⑭ त्वचा रोग /Skin disease /皮膚の疾患	a. ऐटोपिक डर्मेटिटिस/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 "हां" चेक किया है, तो अपनी सर्जरी का इतिहास लिखें।
/If you checked "Yes", write the history of your surgery.
/「はい」に印した方は下に手術歴を書いてください。

बीमारी का 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 सटीक 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	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 शराब 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"/> जापाना साक /Japanese sake/日本酒	_____ एमएल/दिन/ml /Day/日	<input type="checkbox"/> शराब/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 आपके पास परामर्श के संबंध में 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 :

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।