

प्रसूति र स्त्री रोग प्रश्नावली
/Obstetrics and Gynecology Questionnaire/産婦人科 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= PR= BP= RR= SPO2=	°C मिनेट/min./分 mmHg मिनेट/min./分 %
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)			
उचाई/तेजा/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(हरू)/Food(s)/たべもの: <input type="checkbox"/> औषधी/Medicine/くすり:			

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"/> गर्भावस्था/Pregnancy
/妊娠 | <input type="checkbox"/> महिनावारी विकार
/Menstrual disorder
/月経異常 | <input type="checkbox"/> महिनावारी दुख्ने
/Menstrual pain/月経痛 | <input type="checkbox"/> योनि स्राव
/Vaginal discharge
/おりもの | <input type="checkbox"/> असामान्य योनि रक्तस्राव
/Abnormal vaginal bleeding
/不正出血 | <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"/> हेमेटुरिया (पिसाबमा रगत)
/Hematuria (blood in urine)
/尿に血が混じる | <input type="checkbox"/> पिसाबमा पिप आउनु
/Pyuria (pus in urine)
/尿に膿が混じる | <input type="checkbox"/> पेरिनियम दाना
/Perineum rash
/陰部にできもの | <input type="checkbox"/> रातोपन र सूजन
/Redness and swelling
/赤く腫れている | <input type="checkbox"/> दुख्ने
/Have pain
/痛みがある |
| <input type="checkbox"/> चिलाउने/Itchiness
/かゆみ | <input type="checkbox"/> मूत्र असंयम/Urinary
incontinence
/尿失禁 | <input type="checkbox"/> फेकल असंयम
/Fecal incontinence
/便失禁 | <input type="checkbox"/> पाठेघर प्रलाप
/Uterine prolapse
/子宮脱 | <input type="checkbox"/> प्रजनन उपचारमा परामर्श/Consultation
on fertility treatment/不妊の相談 | <input type="checkbox"/> उल्टी
/Vomiting/嘔吐 |
| <input type="checkbox"/> वाकवाकी/Nausea
/嘔気 | <input type="checkbox"/> क्यान्सर जाँच/Cancer
screening/がん健診 | <input type="checkbox"/> 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) | | | |
| <input type="checkbox"/> अन्य (हरू)/Other(s)
/その他: | | | | | |

तपाईंलाई तपाईंको महिनावारीको बारेमा सोध्न चाहन्छु।/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"/> महिनावारी सुरु हुँदा तपाईं कति वर्षको हुनुहुन्थ्यो?
/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。 | उमेर/Age
/年齢: _____ वर्ष/years old/歳ごろ | जस्तै/When you were around
_____ वर्ष/years old/歳ごろ | |
| <input type="checkbox"/> तपाईंको अन्तिम महिनावारी हुँदा तपाईं कति वर्षको हुनुहुन्थ्यो?
/How old were you when you had your last period?/月経が終わったのはいつですか。 | उमेर/Age
/年齢: _____ वर्ष/years old/歳ごろ | जस्तै/When you were around
_____ वर्ष/years old/歳ごろ | |
| <input type="checkbox"/> तपाईंको मासिक महिनावारी चक्र कति दिन लामो छ?
/How many days long is your menstrual cycle?/月経周期は何日ですか。 | _____दिन - महिनावारी चक्र
/Day-menstrual cycle/日型 | <input type="checkbox"/> अनियमित
/Irregular/不定期で不順 | |
| <input type="checkbox"/> महिनावारी औसतमा कति दिन रहन्छ?
/How many days do periods last on average?/平均月経持続日数は何日ですか。 | _____तपाईंको महिनावारीको दिन-लम्बाइ
/Day-length of your menstrual period/日間 | | |
| <input type="checkbox"/> तपाईंको सामान्य प्रवाह कति हो?/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"/> धेरै/Heavy/多い |
| <input type="checkbox"/> के तपाईंलाई तपाईंको महिनावारीको समयमा कुनै दुखाइ छ?
/Do you have any pain during your periods?/月経痛はありますか。 | <input type="checkbox"/> होइन/No
/いいえ | <input type="checkbox"/> हो/Yes
/はい | |

यदि तपाईंले "हो" को जवाफ दिनभयो र दुखाइ निवारक औषधी लिनुभए भने, त्यो दुखाइ निवारक औषधीको नाम
लेख्नुहोस्।
/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。

दुखाइ निवारक औषधीको नाम/Pain killer/鎮痛剤:

- | | | | |
|---|-----------------|-------------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> तपाईंको अन्तिम महिनावारी कहिले भएको थियो?
/When was your last period?/最終月経はいつですか。 | वर्ष
/Year/年 | महिना
/Month/月 | दिन
/Day/日 |
|---|-----------------|-------------------|---------------|

के तपाईंले कहिल्यै यौनसम्पर्क गर्नुभएको छ?/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"/> होइन/No
/いいえ | <input type="checkbox"/> हो/Yes
/はい |
|--|--|

के तपाईंले कहिल्यै पाठेघरको क्यान्सर परीक्षण गर्नुभएको छ?/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"/> होइन/No
/いいえ | <input type="checkbox"/> हो/Yes
/はい |
|--|--|

यदि तपाईंले पहिले शल्यक्रिया गर्नुभएको थियो भने, त्यसको मिति लेख्नुहोस्।
/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	महिना /Month/月	दिन /Day/日
-----------------	-------------------	---------------

के तपाईंले कहिल्यै गर्भनिरोधक चक्की खानुभएको छ?/Have you ever taken birth control pills?
/ピル(避妊薬)を飲んでいましたか。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> होइन/No
/いいえ | <input type="checkbox"/> हो/Yes
/はい |
|--|--|

के तपाईं गर्भवती हुनुहुन्छ वा सम्भवतः गर्भवती हुनुहुन्छ?/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"/> होइन/No
/いいえ | <input type="checkbox"/> हो/Yes/はい
(_____ हप्ता/Weeks/週) | <input type="checkbox"/> 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。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> होइन/No
/いいえ | <input type="checkbox"/> हो/Yes
/はい |
|--|--|

म तपाईंलाई विगतको गर्भधारणको बारेमा सोध्न चाहन्छु। यदि तपाईंसँग तपाईंको विगतको गर्भविस्थाको लागि मातृ र बाल स्वास्थ्य पुस्तिका(हरू) छ भने, कृपया तिनीहरूलाई प्रस्तुत गर्नुहोस्।/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。

- गर्भविस्थाको कुनै इतिहास छैन/Have no history of pregnancy
/妊娠したことがない
- गर्भविस्थाको कुनै इतिहास छ/Have a history of pregnancy
/妊娠したことがある

यदि तपाईंले "म गर्भविस्था थिएँ" जाँच गर्नुभयो भने, तल आफ्नो गर्भविस्थाको इतिहास लेख्नुहोस्।
/If you checked "I had a pregnancy", write your pregnancy history below.
/「妊娠したことがある」に回答された方は下の妊娠歴をお書きください。

	वर्ष/महिना/दिन/Year/Month/Day /年月日	डेलिभरी/Delivery/分娩	गर्भपतन भयो कि भएन /Had a miscarriage or not /流産の有無	असामान्य गर्भविस्था थियो वा थिएँन/Had abnormal pregnancy or not/異常妊娠の有無	गर्भविस्था को हप्ताहरू /Weeks of pregnancy/週数
पहिलो बच्चा/First baby /1人目	_____ वर्ष/Year/年 _____ महिना/Month/月 _____ दिन/Day/日	<input type="checkbox"/> योनि वितरण /Vaginal delivery/経産分娩 <input type="checkbox"/> सिजेरियन शल्यक्रिया /Caesarean section/帝王切開	<input type="checkbox"/> गर्भपात/Miscarriage /自然流産 <input type="checkbox"/> गर्भपतन/Abortion /人工流産	<input type="checkbox"/> हो/Yes/あり <input type="checkbox"/> होइन/No/なし	_____ हप्ता /Weeks/週
दोस्रो बच्चा/Second baby /2人目	_____ वर्ष/Year/年 _____ महिना/Month/月 _____ दिन/Day/日	<input type="checkbox"/> योनि वितरण /Vaginal delivery/経産分娩 <input type="checkbox"/> सिजेरियन शल्यक्रिया /Caesarean section/帝王切開	<input type="checkbox"/> गर्भपात/Miscarriage /自然流産 <input type="checkbox"/> गर्भपतन/Abortion /人工流産	<input type="checkbox"/> हो/Yes/あり <input type="checkbox"/> होइन/No/なし	_____ हप्ता /Weeks/週
तेस्रो बच्चा/Third baby /3人目	_____ वर्ष/Year/年 _____ महिना/Month/月 _____ दिन/Day/日	<input type="checkbox"/> योनि वितरण /Vaginal delivery/経産分娩 <input type="checkbox"/> सिजेरियन शल्यक्रिया /Caesarean section/帝王切開	<input type="checkbox"/> गर्भपात/Miscarriage /自然流産 <input type="checkbox"/> गर्भपतन/Abortion /人工流産	<input type="checkbox"/> हो/Yes/あり <input type="checkbox"/> होइन/No/なし	_____ हप्ता /Weeks/週
चौथो बच्चा/Fourth baby /4人目	_____ वर्ष/Year/年 _____ महिना/Month/月 _____ दिन/Day/日	<input type="checkbox"/> योनि वितरण /Vaginal delivery/経産分娩 <input type="checkbox"/> सिजेरियन शल्यक्रिया /Caesarean section/帝王切開	<input type="checkbox"/> गर्भपात/Miscarriage /自然流産 <input type="checkbox"/> गर्भपतन/Abortion /人工流産	<input type="checkbox"/> हो/Yes/あり <input type="checkbox"/> होइन/No/なし	_____ हप्ता /Weeks/週
पाँचौं बच्चा/Fifth baby /5人目	_____ वर्ष/Year/年 _____ महिना/Month/月 _____ दिन/Day/日	<input type="checkbox"/> योनि वितरण /Vaginal delivery/経産分娩 <input type="checkbox"/> सिजेरियन शल्यक्रिया /Caesarean section/帝王切開	<input type="checkbox"/> गर्भपात/Miscarriage /自然流産 <input type="checkbox"/> गर्भपतन/Abortion /人工流産	<input type="checkbox"/> हो/Yes/あり <input type="checkbox"/> होइन/No/なし	_____ हप्ता /Weeks/週

के तपाईं तपाईंको गर्भविस्था वा सुत्केरी समयमा कुनै समस्या थियो?/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。

- यदि तपाईंले "हो" जाँच गर्नुभयो भने, लागू हुने निम्न वस्तुहरू जाँच गर्नुहोस्।
/If you checked "Yes", check the following items that apply.
/「はい」に回答された方は、下の項目で当てはまるものに、 しててください。
- होइन/No /いいえ
 - हो/Yes /はい
 - उच्च रक्तचाप /Hypertension/高血圧
 - मधुमेह मेलिटस /Diabetes mellitus /糖尿病
 - सुत्रिने/Swelling /むくみ
 - समयपूर्व डेलिभरीको डरको अवस्था /Threatened premature delivery/切迫早産
 - रगत जम्ने समस्या थियो /Had a problem with blood clotting /出血が止まりにくかった
 - आघात/Convulsion /けいれん
 - अन्य (हरू)/Other(s) /その他 :

यदि तपाईं गर्भवती हुनुहुन्छ भने, के तपाईं यो अस्पतालमा बच्चा जन्माउन चाहनुहुन्छ?
/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。

- होइन/No /いいえ
- हो/Yes /はい

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 बिस्तारै बिग्रिदैछ।/The symptom is gradually worsening. /徐々にひどくなってきている
- लक्षण आउँछ र जान्छ।/The symptom comes and goes. /症状が出たり消えたりしている
- अन्य (हरू)/Other(s) /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 _____ 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

भिटाामिन 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 /お薬の飲み方・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 फुफुसीय रोग /Chronic obstructive pulmonary disease/慢性閉塞性肺疾患 c. निमोनिया /Pneumonia /肺炎 d. फुफुसीय 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 पथरी /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 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. 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 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. रेटिनोपथी /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. श्रवणक्षमि 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" "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"/> जापाना साक/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 :

本資料は、医師や法律の専門家等の監修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 अङ्ग्रेजी अनुवाद डाक्टर, कानूनविद् वा अन्य व्यक्तिहरूको निरीक्षणमा तयार गरिएको हो। सम्बन्धित भाषा वा प्रणालीहरूमा सूक्ष्म भिन्नताका कारण
V्याख्यामा कुनै भिन्नता उत्पन्न हुँदा, जापानी मूललाई प्राथमिकता दिइनेछ।