

患者氏名 :

患者ID :

हिंदी /Hindi / हिन्दी

एनेस्थीसिया के लिए चिकित्सा प्रश्नावली /Medical Questionnaire for Anesthesia/ 麻醉問診票

रोगी का नाम /Patient name /患者氏名						
जन्म की तारीख /Date of birth /生年月日	वर्ष /Year/年 माह /Month/月 दिन /Day/日	आयु /Age /年齢	आयु /years old/歳	लिंग /Sex /性別	<input type="checkbox"/> पुरुष /Male/男	<input type="checkbox"/> महिला /Female/女

एनेस्थीसिया देने से पहले, हम आपकी शारीरिक स्थिति का मूल्यांकन करना चाहेंगे। कृपया अपनी सर्वोत्तम जानकारी के अनुसार निम्नलिखित प्रश्नों के उत्तर दें।/Prior to performing anesthesia, we would like to evaluate your physical condition. Please answer the following questions to the best of your knowledge.

/麻醉を行うにあたり、貴方のお体の状態を確認いたします。お分かりになる範囲で結構ですので、以下の質問にお答えください。

कृपया सभी की लागू होने वाले उपायों की जांच करें।/Please check all that apply./あてはまるものにチェックしてください。

1. क्या आपने कभी सर्जरी और/या प्रक्रिया के लिए एनेस्थीसिया लिया है?

/Have you ever had anesthesia for surgery and/or procedure?

/今までに手術・処置などで麻酔を受けたことがありますか。

- नहीं/No/いいえ
 हां/Yes/はい

सर्जरी का प्रकार /Type of surgery/procedure/手術・処置名 : _____

2. क्या आप वर्तमान में किसी बीमारी का इलाज करा रहे हैं या आपने कभी किसी बीमारी का इलाज कराया है?

/Are you currently being treated for or have you ever been treated for any disease(s)?

/現在治療を受けている、あるいは過去に治療を受けた病気がありますか。

- नहीं /No/いいえ
 हां /Yes/はい

यदि हाँ, तो उन बक्सों को चिह्नित करें जिनमें उन बीमारियों का उल्लेख है जिनका आप इलाज करा रहे हैं/थे।/If yes, check the box(es) indicating the diseases you are/were treated for.

/「はい」と答えた方は該当の病名を下記から選んでください。

- उच्च रक्तचाप /Hypertension/高血圧
 मधुमेह मेलिटस /Diabetes mellitus/糖尿病
 हाइपरलिपिडिमिया /Hyperlipidemia/高脂血症

दिल की बीमारी /Heart disease/心臓の病気

यदि हृदय रोग के लिए हाँ है, तो उन बक्सों को चेक करें जो उन बीमारियों को दर्शाते हैं जिनका आप इलाज कर रहे हैं/किए जा रहे हैं।/If yes for heart disease, check the box(es) indicating the diseases you are/were being treated for.

/「心臓の病気」に☑した方は該当の病名を下記から選んでください。

- एनजाइना पेक्टोरिस/मायोकार्डियल रोधगलन/Angina pectoris/Myocardial infarction/狭心症・心筋梗塞
 वाल्व रोग /Valve disease/心臓弁膜症
 दिल की विफलता/Heart failure/心不全
 अन्य हृदय रोग/Other heart diseases/その他の心臓病 :

फेफड़े और श्वसन संबंधी रोग /Lung and respiratory disease/肺・呼吸器の病気

यदि फेफड़े और श्वसन रोग के लिए हाँ है, तो उन बक्सों को चेक करें जो उन बीमारियों को दर्शाते हैं जिनका आप इलाज कर रहे हैं/किए जा रहे हैं।/If yes for lung and respiratory disease, check the box(es) indicating the diseases you are/were being treated for.

/「肺・呼吸器の病気」に☑した方は該当の病名を下記から選んでください。

- दमा/Asthma/喘息
 वातस्फीति/Emphysema/肺気腫
 अन्य फेफड़े और श्वसन रोग/Other lung and respiratory diseases/その他の肺・呼吸器の病気 :

患者氏名 :

患者ID :

हिंदी /Hindi / हिन्दी-एंग्लिश

यकृत रोग /Liver disease/ 肝臟の病気

यदि लीवर की बीमारी के लिए हाँ है, तो उन बक्सों को चेक करें जो उन बीमारियों को दर्शाते हैं जिनका आप इलाज कर रहे हैं/किए जा रहे हैं।/If yes for liver disease, check the box(es) indicating the diseases you are/were being treated for.

/「肝臟の病気」に☑した方は該当の病名を下記から選んでください。

- वायरल हेपेटाइटिस (A · B · C) /Viral hepatitis (A · B · C) /ウイルス性肝炎 (A · B · C)
- सिरोसिस /Cirrhosis/ 肝硬変
- यकृत के अन्य रोग /Other liver diseases/ その他の肝臟の病気 :

गुर्दा रोग/Kidney disease/ 腎臟の病気

यदि गुर्दा की बीमारी के लिए हाँ है, तो उन बक्सों को चिह्नित करें जिनमें उन बीमारियों का संकेत दिया गया है जिनका आप इलाज कर रहे हैं/किए जा रहे हैं।/If yes for kidney disease, check the box(es) indicating the diseases you are/were being treated for.

/「腎臟の病気」に☑した方は該当の病名を下記から選んでください。

- मधुमेह अपवृक्कता /Diabetic nephropathy/ 糖尿病性腎症
- नेफ्रोतिक सिन्ड्रोम /Nephrotic syndrome/ नेफ्रोजेनिक症候群
- ग्लोमेरुलोनैफ्राइटिस /Glomerulonephritis/ 糸球体腎炎
- गुर्दे के अन्य रोग /Other kidney diseases/ その他の腎臟の病気 :

मस्तिष्क रोग /Brain disease/ 腦の病気

यदि मस्तिष्क रोग के लिए हाँ है, तो उन बक्सों को चेक करें जो उन बीमारियों को दर्शाते हैं जिनका आप इलाज कर रहे हैं/किए जा रहे हैं।/If yes for brain disease, check the box(es) indicating the diseases you are/were being treated for.

/「腦の病気」に☑した方は該当の病名を下記から選んでください。

- सेरेब्रल रक्तस्राव / मस्तिष्क रोधगलन /Cerebral hemorrhage/Cerebral infarction/ 脳出血 · 脳梗塞
- आक्षेप/मिर्गी /Convulsions/Epilepsy/ 痙攣 · てんかん
- अन्य मस्तिष्क रोग /Other brain diseases/ その他の腦の病気 :

जठरांत्र संबंधी रोग /Gastrointestinal disease/ 胃腸の病気

यदि गैस्ट्रोइंटेस्टाइनल रोग के लिए हाँ है, तो उन बक्सों को जाँचें जो उन बीमारियों को दर्शाते हैं जिनका आप इलाज कर रहे हैं/किए जा रहे हैं।/If yes for gastrointestinal disease, check the box(es) indicating the diseases you are/were being treated for.

/「胃腸の病気」に☑した方は該当の病名を下記から選んでください。

- जीर्ण जठरशोथ /Chronic gastritis/ 慢性胃炎
- अन्य जठरांत्र संबंधी रोग /Other gastrointestinal diseases/ その他の胃腸の病気 :

नेत्र रोग /Eye disease/ 眼の病気

यदि नेत्र रोग के लिए हाँ है, तो उन बक्सों को चिह्नित करें जिनमें उन बीमारियों का उल्लेख हो जिनका आप इलाज करा रहे हैं/कर रहे हैं।/If yes for eye disease, check the box(es) indicating the diseases you are/were being treated for.

/「眼の病気」に☑した方は該当の病名を下記から選んでください。

- ग्लूकोमा (आंतरिक दबाव का विकार) /Glaucoma (disorder of intraocular pressure) / 緑内障 (眼圧の異常)
- मोतियाबिंद /Cataract/ 白内障
- आंखों के अन्य रोग /Other eye diseases/ その他の眼の病気 :

हड्डी और मांसपेशियों के रोग /Bone and muscle disease/ 骨や筋肉の病気

यदि हड्डी और मांसपेशियों की बीमारी के लिए हाँ है, तो उन बक्सों को चेक करें जो उन बीमारियों को दर्शाते हैं जिनके लिए आप इलाज करा रहे हैं।/If yes for bone and muscle disease, check the box(es) indicating the diseases you are/were being treated for.

/「骨や筋肉の病気」に☑した方は該当の病名を下記から選んでください。

- रुमेटी गठिया /Rheumatoid arthritis/ 関節リウマチ
- ऑस्टियोपोरोसिस /Osteoporosis/ 骨粗鬆症
- डिस्क हर्नियेशन /Disk herniation/ 椎間板ヘルニア
- अन्य हड्डी और मांसपेशियों के रोग /Other bone and muscle diseases/ その他の骨や筋肉の病気 :

अन्य /Others/ その他 :

患者氏名 :

患者ID :

हिंदी /Hindi / हिन्दी / हिन्दी

3. क्या आप वर्तमान में कोई दवा या पूरक ले रहे हैं?

/Are you currently taking any medications or supplements?/ 薬やサプリメントを飲んでいませんか。

नहीं/No/いいえ

हां/Yes/はい

दवा(दवाओं) या पूरक(ओं) का नाम/Name of medication(s) or supplement(s)/ 薬品名 :

4. क्या आपको कभी कुछ विशेष प्रकार की दवाओं या खाद्य पदार्थों से दाने निकले हैं या सांस लेने में कठिनाई का अनुभव हुआ है?

/Have you ever developed a rash or experienced difficulty breathing from certain types of medication or foods?

/ 薬や食物でじんましんが出たことや、息が苦しくなったことはありますか。

नहीं /No/いいえ

हां /Yes/はい

दवा(ओं) का नाम/Name of medication(s)/ 薬品名 :

भोजन का नाम/Name of food(s)/ 食べもの :

अन्य/Others/その他 :

5. आप शराब पीते हो?/Do you drink alcohol? /お酒を飲みますか。

नहीं /No/いいえ

हां /Yes/はい

बीयर/Beer/ビール : मिली/दिन ml/day/日 जापानी साके /Japanese sake/ 日本酒 : मिली/दिन /ml /day/日

व्हिस्की/Whisky/ウイスキー : मिली/दिन ml/day/日 शराब/ Wine/ワイン : मिली/दिन /ml /day/日

अन्य /Others/その他 :

6. क्या आप धूम्रपान करते हैं?/Do you smoke?/ 煙草を吸いますか。

नहीं /No/いいえ

हां /Yes/はい

तब से /Since वर्ष पुराना है /years old/ 歳から जब तक /Until वर्ष पुराना है /years old/ 歳まで

सिगरेट की संख्या /Number of cigarettes/ 本/दिन/ day/日

7. क्या आपके पास कोई नकली दांत, नकली दांत या ढीले दांत हैं?

/Do you have any dentures, false teeth or loose teeth?/ 入れ歯、差し歯、ぐらぐらしている歯はありますか。

नहीं /No/いいえ

हां /Yes/はい

8. क्या आप सीढ़ियों की एक उड़ान तक चलने में सक्षम हैं?

/Are you able to walk up one flight of stairs?/ 一つ上の階まで、階段を歩いてのぼれますか。

नहीं /No/いいえ

हां /Yes/はい

9. क्या आपने कभी ऐसे रक्तस्राव का अनुभव किया है जो रुकता नहीं है या ऐसा रक्तस्राव हुआ है जो आसानी से होता है?

/Have you ever experienced bleeding that wouldn't stop or bleeding that occurred easily?

/ 血が止まりにくい、血が出やすいことはありますか。

नहीं /No/いいえ

हां /Yes/はい

10. क्या आपके परिवार में किसी को सर्जरी या एनेस्थीसिया देने पर कोई समस्या हुई है?

/Has anyone in your family had any problems when he/she had surgery or anesthesia?

/ ご家族(血縁)の中で、手術・麻酔を受けた時に問題があった方はいますか。

नहीं /No/いいえ

हां /Yes/はい

患者氏名 :

患者ID :

हिंदी /Hindi / हिन्दी / हिन्दी

11.

(केवल महिलाओं के लिए:) क्या आप गर्भवती हैं या संभवतः गर्भवती हैं?

/(Only for females:) Are you pregnant or possibly pregnant?/(女性の方のみ) 妊娠している可能性はありますか。

नहीं /No/いいえ

हां /Yes/はい

→ यदि हाँ, तो लिखें कि आप अभी कितने सप्ताह की गर्भवती हैं। /If yes, write how many weeks pregnant you are now.

/「はい」 をした方は、以下に妊娠の週数を書いて下さい

(गर्भवस्था के सप्ताह /Weeks of pregnancy/週)

नहीं पता/Do not know/わからない

यदि आपके पास एनेस्थीसिया के बारे में कोई प्रश्न, चिंता या अनुरोध है तो कृपया हमारे स्टाफ को बताएं।/Please let our staff know if you have any questions, concerns or requests about anesthesia.

/麻醉に関して、ご質問、心配なこと、希望がありましたら、スタッフまでお伝えください。

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.

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।