

# INTERNAL MEDICINE

ないかもんしんひょう  
内科問診票

English  
英語

Check  all corresponding answers. あてはまるものにチェックしてください

year 年 month 月 day 日

|   |   |
|---|---|
| Name 名前                                     | <input type="checkbox"/> Male 男 <input type="checkbox"/> Female 女 |
| Date of birth 生年月日                          | _____ year 年 _____ month 月 _____ day 日                            |
| Address 住所                                  | Phone 電話  |
| Do you have health insurance? 健康保険を持っていますか? | <input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ   |
| Nationality 国籍                              | Language 言葉   |

What are your symptoms? どうしましたか

|  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> fever (°C) 熱がある         | <input type="checkbox"/> sore throat のどが痛い           | <input type="checkbox"/> cough せき                 | <input type="checkbox"/> headache 頭が痛い           |
| <input type="checkbox"/> chest pain 胸が痛い         | <input type="checkbox"/> rash 発しん                    | <input type="checkbox"/> heart palpitation 動悸     | <input type="checkbox"/> shortness of breath 息切れ |
| <input type="checkbox"/> swelling むくみ            | <input type="checkbox"/> dizziness めまい               | <input type="checkbox"/> tightness in chest 胸が苦しい | <input type="checkbox"/> abdominal pain お腹が痛い    |
| <input type="checkbox"/> stomachache 胃が痛い        | <input type="checkbox"/> high blood pressure 高血圧     | <input type="checkbox"/> numbness しびれ             | <input type="checkbox"/> excessive thirst 口が渇く   |
| <input type="checkbox"/> weight loss 体重が減っている    | <input type="checkbox"/> abdomen feels swollen お腹が張る | <input type="checkbox"/> loss appetite 食欲がない      | <input type="checkbox"/> bloody stool 血便         |
| <input type="checkbox"/> vomiting 嘔吐             | <input type="checkbox"/> nausea 吐き気                  | <input type="checkbox"/> diarrhea 下痢              | <input type="checkbox"/> weak だるい                |
| <input type="checkbox"/> excessive fatigue 疲れやすい | <input type="checkbox"/> others その他                  |   |  |

How long have you had these problems? それはいつからですか

Since \_\_\_\_\_ year 年 \_\_\_\_\_ month 月 \_\_\_\_\_ day 日から

Do you have any food or medication allergies? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか

Yes はい →  medication 薬  food 食べ物  others その他  No いいえ

Are you currently taking medication? 現在飲んでいる薬はありますか

Yes はい → If you have any with you now, please show them to me. 持っていれば見せてください  No いいえ

Are you pregnant or is there a possibility of pregnancy? 妊娠していますか、またその可能性はありますか

Yes はい → \_\_\_\_\_ months ヶ月  No いいえ

Are you currently breastfeeding? 授乳中ですか

Yes はい  No いいえ

What illnesses have you had in the past? 今までにかかった病気はありますか

|  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> stomach and intestinal disorder 胃腸の病気 | <input type="checkbox"/> liver disease 肝臓の病気     | <input type="checkbox"/> heart disease 心臓の病気 |
| <input type="checkbox"/> kidney disease 腎臓の病気                  | <input type="checkbox"/> tuberculosis 結核         | <input type="checkbox"/> diabetes 糖尿病        |
| <input type="checkbox"/> high blood pressure 高血圧症              | <input type="checkbox"/> AIDS/HIV エイズ            | <input type="checkbox"/> asthma ぜんそく         |
| <input type="checkbox"/> others その他                            | <input type="checkbox"/> thyroid problems 甲状腺の病気 | <input type="checkbox"/> syphilis 梅毒         |

Are you currently under medical treatment? 現在治療している病気はありますか

Yes はい  No いいえ

Have you ever had any operations? 手術を受けたことがありますか

Yes はい  No いいえ

Have you ever had a blood transfusion? 輸血を受けたことがありますか

Yes はい  No いいえ

Can you arrange an interpreter by yourself for your next visit? 今後、通訳を自分で連れてくることができますか

Yes はい  No いいえ

# सामान्य चिकित्सा जाँच फाराम

ないかもんしんひょう  
内科問診票

नेपाली भाषा  
नेपाली भाषा

मिल्ने ठाउँमा ठिक चिन्ह लगाउनुहोस्। अर्थात् मारुको चिन्हहरूलाई चेक गर्नुहोस्।

साल 年 महिना 月 तारिक 日

|   |   |                                  |                                  |                                  |
|---|---|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| नाम 名前                                      |   |                                  | <input type="checkbox"/> पुरुष 男 | <input type="checkbox"/> महिला 女 |
| जन्म मिति 生年月日                              | _____ साल 年 _____ महिना 月 _____ तारिक 日 | फोन 電話                           |                                  |                                  |
| ठेगाना 住所                                   |   |                                  |                                  |                                  |
| स्वास्थ्य वीमामा पस्नुभएको छ? 健康保険を持っていますか? | <input type="checkbox"/> छ है           | <input type="checkbox"/> छैन いない |                                  |                                  |
| देश 国籍                                      | भाषा 言葉                                 |                                  |                                  |                                  |

तपाइको समस्या के हो とうしましたか

|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> ज्वरो छ ( _____ °C) 熱がある | <input type="checkbox"/> घाँटी दुख्ने どのかが痛い  | <input type="checkbox"/> खोकि せき              | <input type="checkbox"/> टाउको दुख्ने 頭が痛い     |
| <input type="checkbox"/> छाति दुख्ने 胸が痛い         | <input type="checkbox"/> दाना 発しん             | <input type="checkbox"/> दुकदुक 動悸            | <input type="checkbox"/> स्वाँस्वाँ 息切れ        |
| <input type="checkbox"/> फुलेरआउने むくみ            | <input type="checkbox"/> रिंगटा लाग्ने めまい    | <input type="checkbox"/> छाति उकुसमुकुस 胸が苦しい | <input type="checkbox"/> पेट दुख्ने お腹が痛い      |
| <input type="checkbox"/> पाकस्थली दुख्ने 胃が痛い     | <input type="checkbox"/> उच्च रक्तचाप 高血圧     | <input type="checkbox"/> झमझम गर्ने しびれ       | <input type="checkbox"/> मुख सुक्ने 口が渇く       |
| <input type="checkbox"/> तौल कम 体重が減っている          | <input type="checkbox"/> पेट फुल्ने お腹が張る     | <input type="checkbox"/> खान रुचिनहुने 食欲がない  | <input type="checkbox"/> दिसामा रगत देखिने けつ便 |
| <input type="checkbox"/> बान्ता 嘔吐                | <input type="checkbox"/> वाक् वाक् लाग्ने 吐き気 | <input type="checkbox"/> पखाला 下痢             |  |
| <input type="checkbox"/> अल्छी लाग्ने だるい         | <input type="checkbox"/> छिटो थाक्ने 疲れやすい    | <input type="checkbox"/> अन्य 其他              |  |

त्यो कहिले देखी हो? どれはいつからですか

\_\_\_\_\_ साल 年 \_\_\_\_\_ महिना 月 \_\_\_\_\_ तारिक 日 बाट 日から

औषधी वा खानेकुराबाट एलर्जी छ? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか

छ है →  औषधी 薬  खानेकुरा 食べ物  अन्य 其他  छैन いない

अहिले खाइरहेको औषधी छ? 現在飲んでいる薬はありますか

छ है →  अहिले बोकेको भए देखाउनुहोस्। 持っていれば見せてください  छैन いない

गर्भवति हुनुहुन्छ, अथवा संभावना छ 妊娠していますか、またその可能性はありますか

छ है → \_\_\_\_\_ महिना 月  छैन いない

स्तनपान गराउदै हुनुहुन्छ 授乳中ですか  छ है  छैन いない

पहिले कुनै रोग लागेको छ? 今までにかかった病気はありますか

|  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> पेटको रोग 胃腸の病気 | <input type="checkbox"/> कलेजोको रोग 肝臓の病気 | <input type="checkbox"/> मुटुको रोग 心臓の病気 | <input type="checkbox"/> मृगौलाको रोग 腎臓の病気 |
| <input type="checkbox"/> क्षयरोग 結核      | <input type="checkbox"/> मधुमेह 糖尿病        | <input type="checkbox"/> दम ぜんそく          | <input type="checkbox"/> रक्तचाप 高血圧症       |
| <input type="checkbox"/> एड्स エイズ        | <input type="checkbox"/> गलगण 甲状腺の病気       | <input type="checkbox"/> सिफलिस 梅毒        | <input type="checkbox"/> अन्य 其他            |

अहिले उपाचर गरिरहेको रोग छ? 現在治療している病気はありますか  छ है  छैन いない

अप्रेसन गर्नु भएको छ 手術を受けたことがありますか  छ है  छैन いない

रगत लिनुभएको छ 輸血を受けたことがありますか  छ है  छैन いない

पछी आउँदा दोभाषे पनि संगै लिएर आउनु हुन्छ? 今後、通訳を自分で連れてくることができますか

छ है  छैन いない