

同居家族 साथ रहने वाले लोग	<input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> पति <input type="checkbox"/> पत्नी <input type="checkbox"/> बच्चे <input type="checkbox"/> दोस्त <input type="checkbox"/> पिता <input type="checkbox"/> माँ <input type="checkbox"/> भाई-बहन <input type="checkbox"/> अन्य _____
緊急時の連絡先、電話番号 आपातकाल में संपर्क के लिए नाम, पता और फोन नम्बर	〒 住所 पता 電話番号 फोन नम्बर
飲酒 शराब पीते हैं ?	<input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> कभी-कभी <input type="checkbox"/> प्रतिदिन <input type="checkbox"/> अन्य _____
1 日の喫煙 धूम्रपान (एक दिन में)	<input type="checkbox"/> नहीं करते <input type="checkbox"/> 1~10 本 1से 10सिगरेट <input type="checkbox"/> 11~20 本 11से 20सिगरेट <input type="checkbox"/> 21 本以上 21सिगरेट से ज्यादा
習慣上食べられないもの ऐसा कोई खाना जो नहीं खा सकते ?	<input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> माँस <input type="checkbox"/> गाय का माँस <input type="checkbox"/> मुर्गा का माँस <input type="checkbox"/> अन्य _____
食物アレルギー किसी खाने की चीज से एलर्जी है ?	<input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> है 食物の名 खाने का नाम _____
薬品アレルギー किसी दवा से एलर्जी है ?	<input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> है 薬品名 दवा का नाम _____
服用中の薬はありますか？ इस समय कोई दवा ले रहे हैं ?	<input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> हाँ 薬品名 दवा का नाम _____
現在治療中の病名 इस समय किसी अन्य बीमारी का इलाज करवा रहे हैं ?	बीमारी का नाम
既往症 पहले आपको जो बीमारियाँ हुईं	<input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> अर्धशुक्र (पीलिया) <input type="checkbox"/> टीबी (ट्यूबरकुलोसिस) <input type="checkbox"/> अन्य _____
持病 कोई पुरानी बीमारी है ?	<input type="checkbox"/> नहीं है <input type="checkbox"/> दमा <input type="checkbox"/> गठिया <input type="checkbox"/> हृदय रोग <input type="checkbox"/> अन्य _____
現在気になる症状はありますか？ इस समय उस पुरानी बीमारी का कोई लक्षण है ?	<input type="checkbox"/> नहीं है <input type="checkbox"/> है どんな症状ですか लक्षण बताएँ- _____
診断によっては入院できますか？ जरूरत पड़ने पर अस्पताल में भर्ती हो सकते हैं ?	<input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> निश्चित नहीं
入院が不可能な方、理由は？ यदि नहीं भर्ती हो सकते तो उसका क्या कारण है ?	<input type="checkbox"/> आर्थिक कारण <input type="checkbox"/> काम के चलते <input type="checkbox"/> परिवार की सेवा के चलते <input type="checkbox"/> अन्य _____
入院時に保証人になってくれる日本人 はいますか？ अस्पताल में भर्ती के समय कोई जापानी व्यक्ति गारंटर बन सकते हैं ?	<input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> हैं 氏名 नाम _____ 連絡先 पता _____ 電話 फोन नम्बर _____

<p>病院に対して不安はありますか？ अस्पताल से सम्बन्धित किसी बात की चिंता है ?</p>	<p><input type="checkbox"/> 特にない नहीं <input type="checkbox"/> あり है <input type="checkbox"/> 治療費 पैसे को लेकर <input type="checkbox"/> 言語 भाषा को लेकर <input type="checkbox"/> 習慣 रीति-रिवाज को लेकर <input type="checkbox"/> 其他 अन्य _____</p>
<p>輸血を受けたくない宗教的、その他の理由がありますか？ क्या आप किसी धार्मिक या अन्य कारणों से खून नहीं चढ़वाना चाहते ?</p>	<p><input type="checkbox"/> 受けना खून नहीं चढ़वाना चाहते <input type="checkbox"/> 受けना खून चढ़वाना सकते हैं <input type="checkbox"/> 不明 निश्चित नहीं</p>
<p>宗教、あるいは別の事柄で医療機関に知らせておくことがありますか？ अपने धर्म या कोई अन्य जानकारी जो आप अस्पताल / डॉक्टर को बताना चाहेंगे ?</p>	<p><input type="checkbox"/> 特にない नहीं <input type="checkbox"/> あり है <input type="checkbox"/> 基督教 ईसाई धर्म <input type="checkbox"/> イスラム教 इस्लाम धर्म <input type="checkbox"/> 仏教 बौद्ध धर्म <input type="checkbox"/> ヒन्दू-धर्म हिन्दू धर्म <input type="checkbox"/> 其他 अन्य _____</p>

お答えいただき有難うございました。

このデータのプライバシーを公開しないことをお約束します。

記述内容に変更があった場合は、速やかにお知らせください。

सहयोग के लिए धन्यवाद!

उपरोक्त जानकारी पूरी तरह गोपनीय रखी जाएगी।

यदि इस जानकारी में कोई परिवर्तन हो तो हमें शीघ्र बताएँ।

この対訳問診票は、外国人医療のサポートのためにNPO法人एसニコが独自に作成したものです。営業目的のために無断でコピー、販売、使用することを禁じます。

इस कागजात को जापान में रहने वाले विदेशियों के चिकित्सा संबन्धी सहयोग के लिए

S-NICO (NPO) द्वारा तैयार किया गया है। अतः बिना अनुमति के फोटो कॉपी करना, बेचना या किसी लाभ के लिए उपयोग करना सख्त मना है।

特定非営利活動法人एसニコ S-NICO (NPO)

एसニコ健康データ हिन्दी-एंग्लिश JHD-1701

स्वास्थ्य सम्बन्धी जानकारी हिन्दी अनुवाद संस्करण