

# エスニコ健康データ S-NICO स्वास्थ्य सम्बन्धी जानकारी

## ネパール語訳版 ネパali अनुवाद संस्करण JN-1701

年 サル \_\_\_\_\_ 月 マहीनা \_\_\_\_\_ 日 タリख \_\_\_\_\_ 曜日 ディン \_\_\_\_\_

必要事項をお書き下さい レखेर भरनु होस् -

氏名 ナマ	
生年月日 生年月日 年齢 उमेर	年 サル _____ 月 マहीना _____ 日 タリখ _____ 才 脳
血液型 ブラッド グループ	R H : <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> 不明 थाहा चैन
性別 性別	<input type="checkbox"/> 男 पुरुष <input type="checkbox"/> 女 महिला
身長 ラムバーアイ 身長	cm से.मि., kg キログラム
健康保険 स्वास्थ्य बीमा	<input type="checkbox"/> ない ैन <input type="checkbox"/> 社会保険 सामाजिक बीमा <input type="checkbox"/> 国民健康保険 राष्ट्रीय स्वास्थ्य बीमा <input type="checkbox"/> その他 अरु _____
国籍 ナガrikata	
母国語 マタभाषा	
話せる言語名 अरु भाषा जुन बोल्न सकने	<input type="checkbox"/> 英語 अंग्रेजी <input type="checkbox"/> 中国語 チাইニジ <input type="checkbox"/> ロシア語 ルシヤン <input type="checkbox"/> 韓国語 コリヤーイ <input type="checkbox"/> その他 अरु _____
現住所 हाल को ठेगाना	〒 住所 ठेगाना
自宅電話番号 フोन नम्बर	
FAX番号 フैक्स नम्बर	
携帯電話番号 モーベइल नम्बर	
Eメールアドレス イーメル	
職業 पेशा	<input type="checkbox"/> 大学生 विश्वविद्यालय छात्र <input type="checkbox"/> 留学生 विदेशी छात्र <input type="checkbox"/> 教員 शिक्षक <input type="checkbox"/> 会社員 कम्पनी कर्मचारी <input type="checkbox"/> 公務員 सरकारी कर्मचारी <input type="checkbox"/> 自営 आफनै रोजगार <input type="checkbox"/> サービス業 サर्विस <input type="checkbox"/> 無職 बेरोजगार <input type="checkbox"/> その他 अरु _____
勤務先又は学校名 ऑफिस / विद्यालय को नाम	
勤務先又は学校の所在地、電話番号 ऑफिस / विद्यालय को ठेगाना र फोन नम्बर	〒 住所 ठेगाना 電話番号 フोन नम्बर
現在までの在日期間 जापान मा कहिले देखी हो ?	<input type="checkbox"/> 1週間以内 एक हप्ता भन्दा कम्ती <input type="checkbox"/> 1ヶ月以内 एक महीना भन्दा कम्ती <input type="checkbox"/> 1年以内 एक वर्ष भन्दा कम्ती <input type="checkbox"/> 1~3年 १~३ वर्ष को बीच <input type="checkbox"/> 3年以上 तीन वर्ष भन्दा धेरे

同居家族 サンゴー バスネ ハル	<input type="checkbox"/> いない チェン <input type="checkbox"/> 夫 シーマン <input type="checkbox"/> 妻 シーマターティ <input type="checkbox"/> 子 バチャ <input type="checkbox"/> 友人 サルシ <input type="checkbox"/> 父 ブバ <input type="checkbox"/> 母 アマ <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 ブラード-ワヒニ <input type="checkbox"/> その他 アル _____
緊急時の連絡先、電話番号 जरुरी को बेल सम्पर्क को लागि नाम ,ठेगाना र फोन नम्बर	〒 住所 ठेगाना  電話番号 フोन नम्बर
飲酒 रकसी खानु हुन्छ ?	<input type="checkbox"/> 全く飲まない カヒले खादिन <input type="checkbox"/> 時々飲む カヒले カヒルे <input type="checkbox"/> 毎日飲む サイ <input type="checkbox"/> その他 アル _____
1日の喫煙 चुरोट( エク ディン マ )	<input type="checkbox"/> 吸わない チュロット ピツディン <input type="checkbox"/> 1~10 本 1デキ 10チュロット <input type="checkbox"/> 11~20 本 11デキ 20チュロット <input type="checkbox"/> 21 本以上 21ベンダ ブレ
習慣上食べられないもの यस्तो कुनै खाना जुन धर्मको कारण खाना नहुने ?	<input type="checkbox"/> 特にない クンै チェン <input type="checkbox"/> 豚肉 シュガーラー को マサ <input type="checkbox"/> 牛肉 ガーリー को マサ <input type="checkbox"/> 鶏肉 クリックラー को マサ <input type="checkbox"/> その他 アル _____
食物アレルギー कुनै खानेकुरो बाट एलर्जी छ ?	<input type="checkbox"/> 特にない チェン <input type="checkbox"/> ある チ 食物の名 खानेकुरो को ナム _____
薬品アレルギー <sup>1</sup> कुनै ॲषधी बाट एलर्जी छ ?	<input type="checkbox"/> 特にない チェン <input type="checkbox"/> ある チ 薬品名 ॲषधी को ナム _____
服用中の薬はありますか ? यो बेला कुनै ॲषधी लिनु भएको छ ?	<input type="checkbox"/> 特にない チェン <input type="checkbox"/> ある チ 薬品名 ॲषधी को ナム _____
現在治療中の病名 यो बेला कुनै अरु बिरामीको उपचार गर्दै हुनुहुन्छ ?	ビラミー को ナム
既往症 अगाडि तपाईंको जुन बिरामी थियो ?	<input type="checkbox"/> 特にない チェン <input type="checkbox"/> はしか ダダラ <input type="checkbox"/> 虫垂炎 アポエडिसाइटिस (ピリヒヤ) <input type="checkbox"/> 結核 ティボ (トブクルクルオシス) <input type="checkbox"/> その他 アル _____
持病 कुनै プーラनो बिरामी छ ?	<input type="checkbox"/> 特にない チェン <input type="checkbox"/> ゼンソク ダム <input type="checkbox"/> 痛風 バタ <input type="checkbox"/> 心臓病 ムツ <input type="checkbox"/> ロゲ <input type="checkbox"/> その他 アル _____
現在気になる症状はありますか ? यो बेला त्यो पुरानो बिरामी को अवस्था छ ?	<input type="checkbox"/> 特にない チェン <input type="checkbox"/> ある チ どんな症状ですか अवस्था ブन्नुहोस ! - _____
診断によっては入院できますか ? जरुरी परेकोマ ॲस्पतालमा भर्ना हुन サクナहुन्छ ?	<input type="checkbox"/> 不可能 ハドエン <input type="checkbox"/> 可能 ハンチ <input type="checkbox"/> 不明 ザハ <input type="checkbox"/> チェン
入院が不可能な方、理由は ? यदि भर्ना हुदैन भने त्यसको कारण के हो ?	<input type="checkbox"/> 経済的理由 アर्थिक कारण <input type="checkbox"/> 仕事上 カム クो カーラ <input type="checkbox"/> 家族の世話 パリワール クो セワ クो カーラ <input type="checkbox"/> その他 アル _____
入院時に保証人になってくれる日本人 はいますか ? ॲस्पताल मा भर्ता को बेला コヒ ジापानी व्यक्ति जमानि बन्न सकछ ?	<input type="checkbox"/> いない チェン <input type="checkbox"/> いる チ 氏名 ナム _____ 連絡先 ठेगाना _____ 電話 フोन नम्बर _____

<p>病院に対して不安はありますか？ अस्पताल देखी कुनै कुरा को चिन्ता छ ?</p>	<input type="checkbox"/> 特にない ैन <input type="checkbox"/> ある छ <input type="checkbox"/> 治療費 पैसे देखी <input type="checkbox"/> 言語 भाषा देखी <input type="checkbox"/> 習慣 रीति-रिवाज देखी <input type="checkbox"/> その他 अरु _____
<p>輸血を受けたくない宗教的、他の理由がありますか？ के तपाईं कुनै धर्म या अरु कारण ले खून नचढाउन चाहेको ?</p>	<input type="checkbox"/> 受けない खून चढाउन नचाहेको <input type="checkbox"/> 受ける खून चढाउन सकिनछ <input type="checkbox"/> 不明 थाहा ैन
<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？ आफ्नो धर्म कुनै अरु जानकारी जुन तपाईं अस्पताल / डाक्टर को भन्न चाहने ?</p>	<input type="checkbox"/> 特にない ैन <input type="checkbox"/> ある छ <input type="checkbox"/> キリスト教 ईसाई धर्म <input type="checkbox"/> イスラム教 इस्लाम धर्म <input type="checkbox"/> 佛教 बौद्ध धर्म <input type="checkbox"/> ヒンズー教 हिन्दू धर्म <input type="checkbox"/> その他 अरु _____

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 को लागि धन्यवाद!

उपरोक्त जानकारी सवै तिर गोपनीय राखिन्छ ।

यदि यो जानकारी मा कूनै परिवर्तन छ भने हामीलाई चाडै भन्नुहोस् ।

この対訳問診票は、外国人医療のサポートのためにNPO法人工エス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。

यो कागज को जापान मा बस्ने विदेशि को चिकित्सा संबन्धी सहयोग को लागि S-NICO (NPO) वाट तयार गरिएको हो। अथवा : बिना अनमति को फोटो कॉपी गर्न वेच्न या कनै फाईदा को लागि उपयोग गर्न पाईदैन।

特定非営利活動法人エヌニコ S-NICO (NPO)

# エスニコ健康データ ネパール語訳版 JN-1701 स्वास्थ्य सम्बन्धी जानकारी नेपाली अनुवाद संस्करण