

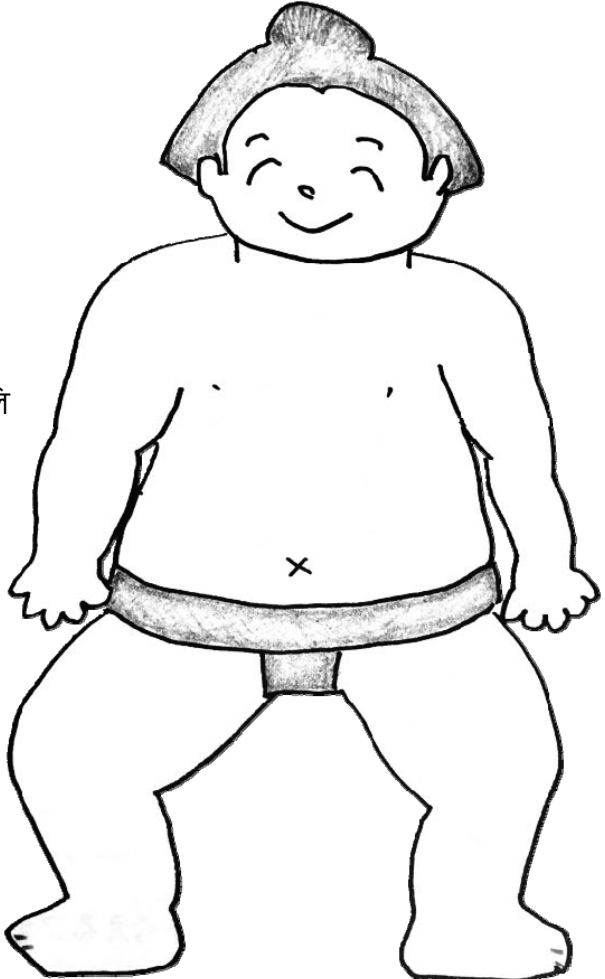
एसニコ問診票 S-NICO হাসপাতাল প্রশ্নাবলী

ベンガル語訳版 জাপানিজ-বাংলা JB-1702

年 বছর 月 মাস 日 দিন 曜日 বার

必要事項をお書き下さい。দয়া করে নিম্নলিখিত বিষয়গুলো পূরণ করুন

日本語能力 জাপানী ভাষায় দক্ষতা	<input type="checkbox"/> 不自由なく話せる অনর্গল <input type="checkbox"/> 少し話せる সামান্য <input type="checkbox"/> 全く話せない একেবারেই নেই
来院目的は？ আজকে কোন সেবা চাচ্ছেন?	<input type="checkbox"/> 診察 ডাক্তারের পরামর্শ <input type="checkbox"/> 処置・治療 চিকিৎসা <input type="checkbox"/> 入院 হাসপাতালে ভর্তি <input type="checkbox"/> 検査 স্বাস্থ্য পরীক্ষা <input type="checkbox"/> その他 অন্যান্য _____
どういう症状がありますか？自覚症状をいくつかでもチェックして下さい。 বর্তমান অসুস্থতা কোনটি? নিম্নবর্ণিত কোন উপসর্গগুলো আপনার আছে? それはいつからですか？ কখন থেকে এই উপসর্গগুলো দেখা দিয়েছে?	<input type="checkbox"/> けが আঘাতপ্রাপ্ত <input type="checkbox"/> 交通事故 গাড়ি দুর্ঘটনা <input type="checkbox"/> 痛む ব্যাথা <input type="checkbox"/> 体の一部が麻痺している পক্ষাঘাতগ্রস্ত <input type="checkbox"/> 気分が悪い অসুস্থবোধ <input type="checkbox"/> めまい বিমুনি <input type="checkbox"/> 痒い চুলকানি <input type="checkbox"/> しびれ অবশভাব <input type="checkbox"/> 浮腫む ফুলে যাওয়া <input type="checkbox"/> 吐血 রক্তবমি <input type="checkbox"/> 息切れ শ্বাসকষ্ট <input type="checkbox"/> 息苦しい শ্বাস-প্রশ্বাস ফেলতে কষ্ট <input type="checkbox"/> 冷や汗 ঠাণ্ডা ঘাম <input type="checkbox"/> 震え কাঁপুনি <input type="checkbox"/> 脱力感 দুর্বলতা <input type="checkbox"/> 不安感 উদ্বেগ <input type="checkbox"/> 発熱 জ্বর <input type="checkbox"/> 発疹 ফুসকুড়ি <input type="checkbox"/> 下痢 ডায়রিয়া <input type="checkbox"/> 便秘 কোষ্ঠকাঠিন্য <input type="checkbox"/> 食欲不振 অরুচি <input type="checkbox"/> 頻尿 ঘন ঘন মূত্র ত্যাগ <input type="checkbox"/> 吐き気 বমি বমি ভাব <input type="checkbox"/> 鼻水が出る সর্দি <input type="checkbox"/> 咽頭痛 গলা ব্যাথা <input type="checkbox"/> たんが出る কফ <input type="checkbox"/> 生理がない মাসিক বন্ধ <input type="checkbox"/> 月経痛 মাসিক চলাকালীন ব্যাথা <input type="checkbox"/> しこりがある চাকা <input type="checkbox"/> その他 অন্যান্য _____ 何分前から ----- মিনিট ধরে 何時間前から ----- ঘন্টা ধরে 何日前から ----- দিন ধরে 何週間前から ----- সপ্তাহ ধরে 何ヶ月前から ----- মাস ধরে 何年前から ----- বছর ধরে
女性の方、妊娠の可能性はありますか？ মহিলাদের ক্ষেত্রে প্রযোজ্য, আপনি কি গর্ভবতী?	<input type="checkbox"/> ない না <input type="checkbox"/> わからない জানি না বা নিশ্চিত নই <input type="checkbox"/> ある হ্যাঁ 何ヶ月ですか? মাসের গর্ভবতী _____
今日保険証を持って来ましたが？見せてください。 আপনার স্বাস্থ্য বীমা কার্ডটি কি বর্তমানে আপনার কাছে আছে? যদি থাকে তাহলে দয়া করে আমাদের দেখান।	<input type="checkbox"/> 持ってくるのを忘れた আমি কার্ডটি আনতে ভুলে গেছি 今日はい費でお払いいただき次回保険証をお持ちになったときに還付の取り扱いをします আপনাকে এখন সম্পূর্ণ অর্থ পরিশোধ করতে হবে, কিন্তু পরবর্তীতে আপনি আপনার বীমা কার্ডটি দেখালে আমরা আপনাকে অর্থ ফেরত দিবো। <input type="checkbox"/> 保険証番号はわかる আমি আমার বীমা নম্বর জানি <u>No.</u> বীমা নম্বর _____ <input type="checkbox"/> もともと保険証がない আমার কোন স্বাস্থ্য বীমা নেই । 全額自費でお払いいただきます আপনাকে অবশ্যই সম্পূর্ণ অর্থ পরিশোধ করতে হবে ।

<p>自分の体の中で様子のおかしい部分はどこですか？ দেহের কোথায় আপনি সমস্যা অনুভব করছেন চিহ্নিত করুন</p> <p>絵にも印をつけてください。 দয়া করে ছবিতে চিহ্নিত করুন</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 頭 মাথা <input type="checkbox"/> 顔 মুখমণ্ডল <input type="checkbox"/> 目 চোখ <input type="checkbox"/> 耳 কান <input type="checkbox"/> 口 মুখগহ্বর <input type="checkbox"/> 歯 দাঁত <input type="checkbox"/> 喉頭 গলা <input type="checkbox"/> 首 ঘাড় <input type="checkbox"/> 肩 কাঁধ <input type="checkbox"/> 肘 কনুই <input type="checkbox"/> 胸 বুক <input type="checkbox"/> 腹 পেট <input type="checkbox"/> 背中 পিঠ <input type="checkbox"/> 指 আঙ্গুল <input type="checkbox"/> 膝 হাঁটু <input type="checkbox"/> かかと গোড়ালি <input type="checkbox"/> 脚 পা <div style="text-align: center;">  </div>
---	--

この対訳問診票は、外国人医療のサポートのためにNPO法人エスニコが独自に作成したものです。営利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。

এই তথ্যসমূহ তৈরি করেছে S-N I C O, যারা জাপান প্রবাসীদের স্বাস্থ্যসেবা প্রদানে সাহায্যকারী একটি অলাভজনক সংস্থা। নির্দিষ্ট ব্যবহারের বাইরে অন্য কোন ক্ষেত্রে উক্ত তথ্যের ব্যবহার বর্জনীয়। উক্ত তথ্যসমূহ অন্য কোথাও বিক্রি করা সম্পূর্ণরূপে নিষিদ্ধ।

特定非営利活動法人 エスニコ
 প্রচারে চিহ্নিত অলাভজনক সংস্থা S-N I C O
 エスニコ問診票 英語版 JB-1702
 নীতিগত স্বাস্থ্যতথ্য

S-N I C O হাসপাতাল প্রশাবলী জাপানিজ- বাংলা