

# एसनिको健康データ S-NICO स्वास्थ्य तथ्य

## बंगाल語訳版 বাংলা JB-1801

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

氏名 নাম	
生年月日  জন্মতারিখ 年齢  বয়স	年 বছর _____ 月 মাস _____ 日 দিন _____ 才 বর্তমান বয়স _____
血液型  রক্তের গ্রুপ	RH আর এইচ : <input type="checkbox"/> +পজেটিভ <input type="checkbox"/> -নেগেটিভ <input type="checkbox"/> Aএ <input type="checkbox"/> Bবি <input type="checkbox"/> Oও <input type="checkbox"/> ABএবি <input type="checkbox"/> 不明 নিশ্চিত নয়
性別  লিঙ্গ	<input type="checkbox"/> 男 পুরুষ <input type="checkbox"/> 女 মহিলা
身長  উচ্চতা  体重  ওজন	_____ cm সেমি _____ kg কেজি
健康保険 স্বাস্থ্য বীমা	<input type="checkbox"/> ない নেই <input type="checkbox"/> 社会保険 সামাজিক বীমা <input type="checkbox"/> 国民健康保険 জাতীয় স্বাস্থ্য বীমা (জাপানিজ) <input type="checkbox"/> その他 অন্যান্য _____
国籍 জাতীয়তা	
母国語 দেশী ভাষা	
話せる言語名 সহজবোধ্য ভাষা	<input type="checkbox"/> 英語 ইংরেজি <input type="checkbox"/> 中国語 চাইনিজ <input type="checkbox"/> ロシア語 রাশিয়ান <input type="checkbox"/> 韓国語 কোরিয়ান <input type="checkbox"/> その他 অন্যান্য _____
現住所 ঠিকানা	〒 _____
自宅電話番号  বাসার ফোন নম্বর	
FAX番号  ফ্যাক্স	
携帯電話番号  মোবাইল নম্বর	
Eメールアドレス  ই-মেইল এড্রেস	
職業 পেশা	<input type="checkbox"/> 大学生 বিশ্ববিদ্যালয়ের ছাত্র <input type="checkbox"/> 留学生 বিদেশী ছাত্র <input type="checkbox"/> 教員 শিক্ষক <input type="checkbox"/> 会社員 কোম্পানির কর্মচারী <input type="checkbox"/> 公務員 সরকারী কর্মচারী <input type="checkbox"/> 自営 স্বনির্ভর <input type="checkbox"/> サービス業 সেবা শিল্প <input type="checkbox"/> 無職 বেকার <input type="checkbox"/> その他 অন্যান্য _____
勤務先又は学校名  কর্মস্থলের নাম	
勤務先又は学校の所在地、電話番号 কর্মস্থলের ঠিকানা ও ফোন নম্বর	〒 _____  電話 ফোন নম্বর _____

現在までの在日期間 জাপানে কতদিন ধরে আছেন?	<input type="checkbox"/> 1週間以内 এক সপ্তাহের কম সময় <input type="checkbox"/> 1ヶ月以内 ১ মাসের কম সময় <input type="checkbox"/> 1年以内 ১ বছরের কম সময় <input type="checkbox"/> 1~3年 ১-৩ বছর <input type="checkbox"/> 3年以上 তিন বছরের বেশি সময়
同居家族 বর্তমানে আপনি কার সাথে বসবাস করছেন?	<input type="checkbox"/> いない কেউ না <input type="checkbox"/> 夫 স্বামী <input type="checkbox"/> 妻 স্ত্রী <input type="checkbox"/> 子 বাচ্চা <input type="checkbox"/> 友人 বন্ধু <input type="checkbox"/> 父 বাবা <input type="checkbox"/> 母 মা <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 ভাই/ বোন <input type="checkbox"/> その他 অন্যান্য _____
緊急時の連絡先、電話番号 জরুরী ক্ষেত্রে যোগাযোগের ঠিকানা ও ফোন নম্বর	〒 _____  電話 ফোন নম্বর _____
飲酒 মদ্যপানের বিবরণ	<input type="checkbox"/> 全く飲まない করি না <input type="checkbox"/> 時々飲む মাঝে মাঝে <input type="checkbox"/> 毎日飲む প্রতিদিন <input type="checkbox"/> その他 অন্যান্য _____
1日の喫煙 প্রতিদিন ধূমপানের বিবরণ	<input type="checkbox"/> 吸わない করি না <input type="checkbox"/> 1~10本 ১-১০টি সিগারেট <input type="checkbox"/> 11~20本 ১১-২০টি সিগারেট <input type="checkbox"/> 21本以上 ২১টির বেশি
習慣上食べられないもの কোন খাবার খাওয়া মানা আছে কি?	<input type="checkbox"/> ない নেই <input type="checkbox"/> 豚肉 শুকর <input type="checkbox"/> 牛肉 গরু <input type="checkbox"/> 鶏肉 মুরগী <input type="checkbox"/> その他 অন্যান্য _____
食物アレルギー খাবারে এলার্জি	<input type="checkbox"/> ない নেই <input type="checkbox"/> ある আছে 食物の名 এলার্জিয়ুক্ত খাবারের নাম _____
薬品アレルギー ঔষধে এলার্জি	<input type="checkbox"/> ない নেই <input type="checkbox"/> ある আছে 薬品名 এলার্জিয়ুক্ত ঔষধের নাম _____
服用中の薬はありますか? বর্তমানে কোন ঔষধ নিচ্ছেন কি?	<input type="checkbox"/> ない না <input type="checkbox"/> ある হ্যাঁ 薬品名 ঔষধের নাম _____
現在治療中の病名 বর্তমানে কোন রোগের চিকিৎসা চলছে কি?	
既往症 অতীত অসুস্থতা	<input type="checkbox"/> ない নেই <input type="checkbox"/> はしか হাম <input type="checkbox"/> 虫垂炎 এপেনডিসাইটিস <input type="checkbox"/> 結核 যক্ষ্মা <input type="checkbox"/> その他 অন্যান্য _____
持病 দীর্ঘমেয়াদী রোগ	<input type="checkbox"/> ない নেই <input type="checkbox"/> ぜんそく হাঁপানি <input type="checkbox"/> 痛風 বাত <input type="checkbox"/> 心臓病 হৃদরোগ <input type="checkbox"/> その他 অন্যান্য _____
現在気になる症状はありますか? বর্তমানে কোন সমস্যা হচ্ছে কি?	<input type="checkbox"/> ない না <input type="checkbox"/> ある হ্যাঁ どんな症状ですか? উপসর্গসমূহ _____
診断によっては入院できますか? কোন রোগ সনাক্ত হলে চিকিৎসার জন্য আপনি কি অতিস্বল্প হাসপাতালে ভর্তি হতে চান?	<input type="checkbox"/> 不可能 না <input type="checkbox"/> 可能 হ্যাঁ <input type="checkbox"/> 不明 নিশ্চিত নই
入院が不可能な方、理由は? যদি না হন, তাহলে কেন?	<input type="checkbox"/> 経済的理由 র্থনৈতিক কারণে <input type="checkbox"/> 工作上 বাণিজ্যিক কারণে <input type="checkbox"/> 家族の世話 পারিবারিক কারণে <input type="checkbox"/> その他 অন্যান্য _____

入院時に保証人になってくれる日本人はいますか？ আপনি হাসপাতালে ভর্তি হলে আপনার জিন্মাদার হবেন এমন একজন জাপানিজ-এর পরিচয় জানেন কি?	<input type="checkbox"/> いない এমন কেউ নেই <input type="checkbox"/> いる জিন্মাদার আছেন 氏名 জিন্মাদারের নাম _____ 連絡先 ঠিকানা _____ 電話 ফোন নম্বর _____
病院に対して不安はありますか？ হাসপাতালের ব্যাপারে আপনার আপত্তি কি জন্য?	<input type="checkbox"/> 特にない নেই <input type="checkbox"/> ある আছে <input type="checkbox"/> 治療費 টাকা <input type="checkbox"/> 言語 ভাষা <input type="checkbox"/> 習慣 নিয়ম কানুন <input type="checkbox"/> その他 অন্যান্য _____
輸血を受けたくない宗教的、その他の理由がありますか？ ধর্মীয় বা অন্য কোন কারণে আপনি কি রক্ত গ্রহণ বা প্রদানে অনিচ্ছুক?	<input type="checkbox"/> ない না <input type="checkbox"/> ある হ্যাঁ 理由 কারণসমূহ _____ <input type="checkbox"/> 不明 নিশ্চিত নই
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？ হাসপাতালকে জানানোর মতো ধর্মীয় বা অন্য কোন বিধি নিষেধ আছে কি?	<input type="checkbox"/> 特にない নেই <input type="checkbox"/> ある হ্যাঁ <input type="checkbox"/> キリスト教 খ্রিষ্টান <input type="checkbox"/> イスラム教 মুসলিম <input type="checkbox"/> 仏教 বৌদ্ধ <input type="checkbox"/> ヒンズー教 হিন্দু <input type="checkbox"/> その他 অন্যান্য _____

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。

এই তথ্যসমূহ তৈরি করেছে NPO S-NICO, 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 NPO S-NICO

エスニコ健康データ ベンガル語訳版 JB-1801  
 নীতিগত স্বাস্থ্যতথ্য S-NICO স্বাস্থ্যতথ্য বাংলা