

एसनिको健康データ S-NICO स्वास्थ्य सम्बन्धी जानकारी

हिन्दी-एक शब्द हिन्दी अनुवाद संस्करण JHD-1801

साल _____ मास _____ दिनांक _____ रविवार _____

आवश्यकताओं को पूरा करने के लिए निम्नलिखित स्थानों को भरें

नाम	
जन्म तिथि / आयु	साल _____ मास _____ दिनांक _____ वर्ष _____
रक्त समूह	RH : <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"/> अज्ञात नहीं जानते
लिंग	<input type="checkbox"/> पुरुष <input type="checkbox"/> महिला
ऊँचाई / वजन	से.मि., kg किलोग्राम
स्वास्थ्य बीमा	<input type="checkbox"/> नहीं है <input type="checkbox"/> समाजिक बीमा <input type="checkbox"/> राष्ट्रीय स्वास्थ्य बीमा <input type="checkbox"/> अन्य _____
राष्ट्रियता	
मातृभाषा	
बोल सकने वाली भाषाएँ	<input type="checkbox"/> अंग्रेजी <input type="checkbox"/> चीनी <input type="checkbox"/> रूसी <input type="checkbox"/> कोरियाई <input type="checkbox"/> अन्य _____
वर्तमान पता	〒 पता
घर का फोन नम्बर	
FAX नम्बर	
मोबाइल नम्बर	
ई-मेल	
व्यवसाय	<input type="checkbox"/> विश्वविद्यालय छात्र <input type="checkbox"/> विदेशी छात्र <input type="checkbox"/> शिक्षक <input type="checkbox"/> कर्मचारी <input type="checkbox"/> सरकारी कर्मचारी <input type="checkbox"/> स्वयं-रोजगार <input type="checkbox"/> सेवा उद्योग <input type="checkbox"/> बेरोजगार <input type="checkbox"/> अन्य _____
कार्यस्थल / विद्यालय का नाम	
कार्यस्थल / विद्यालय का पता और फोन नम्बर	〒 पता फोन नम्बर
जापान में कब से हैं ?	<input type="checkbox"/> एक सप्ताह से कम <input type="checkbox"/> एक मास से कम <input type="checkbox"/> एक साल से कम <input type="checkbox"/> 1-3 साल 1-3 साल के बीच <input type="checkbox"/> तीन साल से ज्यादा

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 1 से 10 सिगरेट <input type="checkbox"/> 11~20 本 11 से 20 सिगरेट <input type="checkbox"/> 21 本以上 21 सिगरेट 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"/> मूँगा 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"/> अर्पेडिसाइटिस (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-जैन हिन्दू धर्म <input type="checkbox"/> 其他 अन्य _____</p>

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 संबंधी 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-1801
स्वास्थ्य सम्बन्धी जानकारी हिन्दी अनुवाद संस्करण