

एसनिओ स्वास्थ्य डेटा S-NICO स्वास्थ्य सम्बन्धी जानकारी
नेपाली भाषा - नेपाली भाषा JN-1801

साल _____ मास _____ रोज _____ रोज _____

सम्बन्धी जानकारी लेखेर भरनु होस् -

सम्बन्धी जानकारी	
सम्बन्धी जानकारी	साल _____ मास _____ रोज _____ रोज _____
सम्बन्धी जानकारी	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 थाहा छैन
सम्बन्धी जानकारी	<input type="checkbox"/> पुरुष <input type="checkbox"/> महिला
सम्बन्धी जानकारी	cm से.मि., kg किलोग्राम
सम्बन्धी जानकारी	<input type="checkbox"/> नै छैन <input type="checkbox"/> समाजिक स्वास्थ्य बीमा <input type="checkbox"/> समाजिक बीमा <input type="checkbox"/> अरु _____
सम्बन्धी जानकारी	
सम्बन्धी जानकारी	
सम्बन्धी जानकारी	<input type="checkbox"/> अंग्रेजी <input type="checkbox"/> चाइनिज <input type="checkbox"/> रुसियन <input type="checkbox"/> कोरियन <input type="checkbox"/> अरु _____
सम्बन्धी जानकारी	〒 _____ ठेगाना
सम्बन्धी जानकारी	
सम्बन्धी जानकारी	
सम्बन्धी जानकारी	
सम्बन्धी जानकारी	
सम्बन्धी जानकारी	<input type="checkbox"/> सम्बन्धी जानकारी <input type="checkbox"/> सम्बन्धी जानकारी <input type="checkbox"/> सम्बन्धी जानकारी <input type="checkbox"/> सम्बन्धी जानकारी <input type="checkbox"/> सम्बन्धी जानकारी <input type="checkbox"/> सम्बन्धी जानकारी <input type="checkbox"/> सम्बन्धी जानकारी <input type="checkbox"/> सम्बन्धी जानकारी <input type="checkbox"/> सम्बन्धी जानकारी <input type="checkbox"/> सम्बन्धी जानकारी
सम्बन्धी जानकारी	सम्बन्धी जानकारी 〒 _____ सम्बन्धी जानकारी फोन नम्बर
सम्बन्धी जानकारी	<input type="checkbox"/> सम्बन्धी जानकारी <input type="checkbox"/> सम्बन्धी जानकारी <input type="checkbox"/> सम्बन्धी जानकारी <input type="checkbox"/> सम्बन्धी जानकारी <input type="checkbox"/> सम्बन्धी जानकारी <input type="checkbox"/> सम्बन्धी जानकारी <input type="checkbox"/> सम्बन्धी जानकारी
सम्बन्धी जानकारी	<input type="checkbox"/> सम्बन्धी जानकारी <input type="checkbox"/> सम्बन्धी जानकारी <input type="checkbox"/> सम्बन्धी जानकारी <input type="checkbox"/> सम्बन्धी जानकारी <input type="checkbox"/> सम्बन्धी जानकारी <input type="checkbox"/> सम्बन्धी जानकारी <input type="checkbox"/> सम्बन्धी जानकारी <input type="checkbox"/> सम्बन्धी जानकारी
सम्बन्धी जानकारी	सम्बन्धी जानकारी 〒 _____ सम्बन्धी जानकारी फोन नम्बर
सम्बन्धी जानकारी	<input type="checkbox"/> सम्बन्धी जानकारी <input type="checkbox"/> सम्बन्धी जानकारी <input type="checkbox"/> सम्बन्धी जानकारी <input type="checkbox"/> सम्बन्धी जानकारी <input type="checkbox"/> सम्बन्धी जानकारी <input type="checkbox"/> सम्बन्धी जानकारी <input type="checkbox"/> सम्बन्धी जानकारी

1 日の喫煙 チロट (एक दिन मा)	<input type="checkbox"/> 吸わない चुरोट पिउदिन <input type="checkbox"/> 1 ~ 10 本 १देखि १०चुरोट <input type="checkbox"/> 11 ~ 20 本 ११देखि २०चुरोट <input type="checkbox"/> 21 本以上 २१भन्दा धेरै
習慣上食べられないもの यस्तो कुनै खाना जुन धर्मको कारण खाना नहुने ?	<input type="checkbox"/> ない छैन <input type="checkbox"/> 豚肉 सुँगुर को मासु <input type="checkbox"/> 牛肉 गाई को मासु <input type="checkbox"/> 鶏肉 कुखुरा को मासु <input type="checkbox"/> 其他 अरु _____
食物アレルギー कुनै खानेकुरो बाट एलर्जी छ ?	<input type="checkbox"/> ない छैन <input type="checkbox"/> ある छ 食物の名 खानेकुरो को नाम _____
薬品アレルギー कुनै औषधी बाट एलर्जी छ ?	<input type="checkbox"/> ない छैन <input type="checkbox"/> ある छ 薬品名 औषधी को नाम _____
服用中の薬はありますか？ यो बेला कुनै औषधी लिनु भएको छ ?	<input type="checkbox"/> ない छैन <input type="checkbox"/> ある छ 薬品名 औषधी को नाम _____
現在治療中の病名 यो बेला कुनै अरु बिरामीको उपचार गर्दै हुनुहुन्छ ?	बिरामि को नाम _____
既往症 अगाडि तपाईंको जुन बिरामी थियो ?	<input type="checkbox"/> ない छैन <input type="checkbox"/> はしか दादुरा <input type="checkbox"/> 虫垂炎 अपेंडिसाइटिस (पीलिया) <input type="checkbox"/> 結核 टीबी (ट्युबरक्लोसिस) <input type="checkbox"/> 其他 अरु _____
持病 कुनै पुरानो बिरामी छ ?	<input type="checkbox"/> ない छैन <input type="checkbox"/> ぜんそく दम <input type="checkbox"/> 痛風 बात <input type="checkbox"/> 心臓病 मुटु को रोग <input type="checkbox"/> 其他 अरु _____
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"/> ない छैन <input type="checkbox"/> ある छ どんな症状ですか अवस्था भन्नुहोस्। - _____
診断によっては入院できますか？ जरुरी परेकोमा अस्पतालमा भर्ना हुन सक्नुहुन्छ ?	<input type="checkbox"/> 不可能 हुदैन <input type="checkbox"/> 可能 हुन्छ <input type="checkbox"/> 不明 थाहा छैन
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 आर्थिक कारण <input type="checkbox"/> 工作上 काम को कारण <input type="checkbox"/> 家族の世話 परिवार को सेवा को कारण <input type="checkbox"/> 其他 अरु _____
入院時に保証人になってくれる日本人 はいますか？ अस्पताल मा भर्ना को बेला कोहि जापानी व्यक्ति जमानि बन्न सक्छ ?	<input type="checkbox"/> いない छैन <input type="checkbox"/> いる छ 氏名 नाम _____ 連絡先 ठेगाना _____ 電話 フोन नम्बर _____
病院に対して不安はありますか？ अस्पताल देखी कुनै कुरा को चिन्ता छ ?	<input type="checkbox"/> ない छैन <input type="checkbox"/> ある छ <input type="checkbox"/> 治療費 पैसा देखी <input type="checkbox"/> 言語 भाषा देखी <input type="checkbox"/> 習慣 रीति-रिवाज देखी <input type="checkbox"/> 其他 अरु _____
輸血を受けたくない宗教的、その他の 理由がありますか？ के तपाईं कुनै धर्म या अरु कारण ले खून नचढाउन चाहेको ?	<input type="checkbox"/> 受けない खून चढाउन नचाहेको <input type="checkbox"/> 受ける खून चढाउन सकिन्छ <input type="checkbox"/> 不明 थाहा छैन
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？ आफनो धर्म कुनै अरु जानकारी जुन तपाईं अस्पताल / डाक्टर को भन्न चाहने ?	<input type="checkbox"/> ない छैन <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"/> 仏教 बौद्ध धर्म <input type="checkbox"/> ヒンズー教 हिन्दू धर्म <input type="checkbox"/> 其他 अरु _____

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。यो कागज को जापान मा बस्ने विदेशी को चिकित्सा संबन्धी सहयोग को लागि S-NICO (NPO) वाट तयार गरिएको हो। अथवा : बिना अनुमति को फोटो काँपी गर्नु वेच्नु या कुनै फाईदा को लागि उपयोग गर्नु पाईदैन। 特定非営利活動法人エスニコ S-NICO (NPO)