

# महिला तथा प्रसुती जाँच फाराम

さんふしんかもんしんひやう  
産婦人科問診票

नेपाली भाषा  
नेपाली भाषा

मिल्ने ठाउँमा ठिक चिन्ह लगाउनुहोस्! अर्थात् हेतुहरूमा चेक गर्नुहोस्!

साल १९९९ महिना ११ तारिख १९९९

नाम नाम		<input type="checkbox"/> पुरुष पुरुष	<input type="checkbox"/> महिला महिला
जन्म मिति 生年月日	_____ साल 年 _____ महिना 月 _____ तारिख 日	फोन 電話	
ठेगाना 住所			
स्वास्थ्य वीमामा पस्नुभएको छ? 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> छ है	<input type="checkbox"/> छैन ない	
देश 国籍	भाषा 言葉		

तपाइको समस्या के होदुंशुमिशुतुका			
<input type="checkbox"/> गर्भवति 妊娠	<input type="checkbox"/> महिनावारीमा समस्या 月経の異常	<input type="checkbox"/> योनिक साव おりもの	<input type="checkbox"/> तल्लो पेट दुख्ने 下腹部が痛い
<input type="checkbox"/> गुप्तांगबाट रगत बग्ने 不正性器出血	<input type="checkbox"/> योनिक साव おりもの	<input type="checkbox"/> पोलीप 息肉	<input type="checkbox"/> डिम्ब समस्या 卵巣の腫瘍
<input type="checkbox"/> गुप्तांग चिलाउने 性器のかゆみ	<input type="checkbox"/> पाठेघरमा मासु पलाएको 子宮筋腫	<input type="checkbox"/> कयान्सरको जाँच がん検診	
<input type="checkbox"/> बाँझोपन 不妊症	<input type="checkbox"/> रगत कम हुने 貧血	<input type="checkbox"/> अन्य 其他	
अन्तिम पटक महिनावारी भएको 最終月経は		_____ महिना 月 _____ गते 日	
गर्भवति भएको कति पल्ट 妊娠した回数			
<input type="checkbox"/> गर्भवति 妊娠 _____ पटक 回			
<input type="checkbox"/> बच्चा पाएको 分娩 _____ पटक 回	<input type="checkbox"/> सामान्य डेलिभरी 正常分娩 _____ पटक 回	<input type="checkbox"/> असामान्य डेलिभरी 異常分娩 _____ पटक 回	
<input type="checkbox"/> मिसक्यारी 流産 _____ पटक 回	<input type="checkbox"/> प्राकृतिक रूपमा खसेको 自然流産 _____ पटक 回	<input type="checkbox"/> एभोर्सन गरेको 人工流産 _____ पटक 回	
<input type="checkbox"/> अन्य 其他	<input type="checkbox"/> पाठेघर बाहिर बच्चा बसेको 子宮外妊娠	<input type="checkbox"/> मोले 胎状奇胎	
पहिले कुनै रोग लागेको छ? 今までにかかった病気はありますか			
<input type="checkbox"/> पेटको रोग 胃腸の病気	<input type="checkbox"/> कलेजोको रोग 肝臓の病気	<input type="checkbox"/> मुटुको रोग 心臓の病気	<input type="checkbox"/> मृगौलाको रोग 腎臓の病気
<input type="checkbox"/> क्षयरोग 結核	<input type="checkbox"/> मधुमेह 糖尿病	<input type="checkbox"/> दम ぜんそく	<input type="checkbox"/> रक्तचाप 高血圧症
<input type="checkbox"/> एड्स एड्स	<input type="checkbox"/> गलगण 甲状腺の病気	<input type="checkbox"/> यौन रोग 性病	<input type="checkbox"/> अन्य 其他

रिपोर्ट