

मिति :      साल      महिना      दिन

## मेडिकल रेकर्ड

एक्स-रे संख्या

नाम :	पुरुष    महिला
राष्ट्रियता :	जापानमा प्रवेश मिति :      साल      महिना

तलको प्रश्नको जवाफ दिनुहोस्। लागु हुने कुरालाई ○ चिन्ह लगाउनुहोस् अथवा लेख्नुहोस्।

1. तलको कुनै लक्षण छ?

- |             |                     |                        |
|-------------|---------------------|------------------------|
| • लहरे खोकी | • छातीको दुखाइ      | • खान मन नलाग्ने       |
| • खकार      | • सुत्दा पसीना आउने | • थाकेको वा भारी महसुस |
| • ज्वरो     | • ओजन घटेको         | • अरू केही             |

2. हालसालमा छातीको एक्स-रे गर्नुभएको कहिले हो?

साल (    ) महिना (    ) दिन (    )

परिणाम :      • कुनै समस्या थिएन      • केही समस्या थियो

3. अहिलेसम्म गरिएको छातीको एक्स-रेद्वारा कुनै समस्या फेला पारिएको छ?

→      • छैन      • छ

4. अहिलेसम्म वीसीजी खोप लिनुभएको छ?

→      • छैन      • छ

5. अन्तिम पटक गर्नुभएको (छालामा) ट्यूबरक्युलिन परीक्षणले कस्तो परिणाम देखाएको छ?

• सकारात्मक      • नकारात्मक      • अस्पष्ट

6. अहिलेसम्म गम्भीर रोग लागेको (वा शल्यक्रिया गरिएको) छ?

• छैन      • छ      → छ भने कस्तो रोग (अथवा शल्यक्रिया)?

7. अहिले कुनै रोगको उपचार गर्नुभएको छ?

• छैन      • छ      → छ भने कस्तो रोग?

8. क्षयरोग लागेको छ?

• छैन      • छ      → छ भने क्षयरोगको औषधी खानुभएको छ?

कुन औषधी?

9. तपाईंको परिवारमा क्षयरोग लागेको कोही छ?

• छैन      • थाहा छैन      • छ      → छ भने छान्नुहोस्।

बुबा / आमा / दाजुभाइ वा दिदीबहिनी / अङ्कल वा अन्टी / छोरा वा छोरी / हजुरबुबा वा हजुरआमा / अरू कोहि \_\_\_\_\_

10. अहिले के तपाईं गर्भवती हुनुहुन्छ?

→ • छैन      • थाहा छैन      • छ      छ भने कति हप्ताको?      हप्ता