

विदेशी प्राविधिक प्रशिक्षार्थीहरूको लागि

外国人技能実習生のための

# औषधि उपचार सम्बन्धी संस्थानहरूको निमित्त स्वयम् रिपोर्ट फारम

医療機関への自己申告表

तपाईंको शारीरिक अवस्थाबारे  
पूरक प्रश्नहरू

補助問診票





(8) सम्पर्क  
連絡先

कम्पनीको नाम :  
企業名  
ईन्चार्जको नाम :  
担当者名  
टेलिफोन नम्बर :  
電話番号

(9) तपाईं कुन विभागमा जाँदै हुनुहुन्छ ?

何科を受診しますか

- |                                                                                   |                                                                  |                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> आन्तरङ्ग औषधि उपचार<br>内科                                | <input type="checkbox"/> शल्यक्रिया<br>外科                        | <input type="checkbox"/> हड्डी सम्बन्धी<br>整形外科          |
| <input type="checkbox"/> आँखा सम्बन्धी<br>眼科                                      | <input type="checkbox"/> घांटी कान र नाक सम्बन्धी<br>耳鼻咽喉科       | <input type="checkbox"/> दाँत सम्बन्धी<br>歯科             |
| <input type="checkbox"/> पिसाब सम्बन्धी<br>泌尿器科                                   | <input type="checkbox"/> प्रसूति तथा स्त्री रोग सम्बन्धी<br>産婦人科 | <input type="checkbox"/> छाला रोग सम्बन्धी<br>皮膚科        |
| <input type="checkbox"/> मनोदैहिक आन्तरङ्ग औषधि उपचार तथा मनोचिकित्सा<br>心療内科・精神科 | <input type="checkbox"/> थाहा छैन<br>わかりません                      | <input type="checkbox"/> आपतकालिन बहिरङ्ग विरामी<br>救急外来 |
| <input type="checkbox"/> अन्य<br>その他                                              |                                                                  |                                                          |

(10) तपाईं जापानमा कहिले आउनुभयो ?

いつ日本に来ましたか

साल	महिना	गते
年	月	日

(11) के तपाईं जापानी भाषा बोल्नुहुन्छ ?

日本語は話せますか

- |                          |                               |                          |
|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> |
| बोल्छु<br>はい             | साधारण मात्र<br>簡単な日本語は分かります。 | बोल्दिनँ<br>いいえ          |

(12) औषधि उपचार खर्च

医療費について

मैले स्वास्थ्य बिमा गरेको छु (राष्ट्रिय स्वास्थ्य बिमा) ।  
健康保険 (国民健康保険) に加入しています。

( )

स्वास्थ्य बिमा (राष्ट्रिय स्वास्थ्य बिमा) बिमा नम्बर  
健康保険 (国民健康保険) 証番号

मैले स्वास्थ्य बिमा (राष्ट्रिय स्वास्थ्य बिमा) नगरेकोले मेरो उपचार खर्च म स्वयम् बेहोर्छु ।  
健康保険 (国民健康保険) に加入していませんので、全額自費で払います。

म कामदार दुर्घटनामा परेको हुँदा म कामदार दुर्घटना क्षतिपूर्ति बिमाको लागि निवेदन दिनेछु ।।  
労災事故であり、労災保険の申請をします。

प्रवेश मिति: साल महिना गते  
記入日 年 月 日

## तपाईंको शारीरिक अवस्थाबारे पूरक प्रश्नहरू 補助問診票

### I पारिवारिक पृष्ठभूमि 家族歴について

यदि तपाईंको परिवारको कुनै पनि सदस्यहरू लगायत मृत्यु भइ सकेकाहरूमा निम्न लिखित मध्येको कुनै रोग थियो यदि थियो भने  मा  गोलो चिन्ह लगाउनुहोस् ।

亡くなった方も含めて家族にも以下の症状があれば、の周りを $\bigcirc$ で囲んで下さい。

### II चिकित्सकीय पृष्ठभूमि 既往症について

- (1) के तपाईंलाई निम्न लिखित मध्येको कुनै रोग लागेको थियो ?  थियो  थिएन  
今まで病気にかかったことはありますか。  はい  いいえ

यदि थियो भने त्यो रोगमा चिन्ह लगाउनुहोस् ।

「はい」と答えた場合、該当するものに、 $\checkmark$ 印を付けて下さい。

- |                                                                      |                                                                     |
|----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> स्वास प्रश्वास सम्बन्धी रोग<br>呼吸器の病気       | <input type="checkbox"/> पाचन प्रणालीको अङ्ग सम्बन्धी रोग<br>消化器の病気 |
| <input type="checkbox"/> उच्च रक्तचाप<br>高血圧症                        | <input type="checkbox"/> मुटु सम्बन्धी रोग<br>心臓の病気                 |
| <input type="checkbox"/> पिसाबसँग सम्बन्धी अङ्गमा हुने रोग<br>泌尿器の病気 | <input type="checkbox"/> स्त्री रोग सम्बन्धी रोगहरू<br>婦人科の病気       |
| <input type="checkbox"/> सरुवा रोगहरू<br>感染症                         | <input type="checkbox"/> एलर्जी रोगहरू<br>アレルギー疾患                   |
| <input type="checkbox"/> मानसिक रोग<br>心の病気                          |                                                                     |

यदि तपाईंलाई औषधिको नाम थाहा छ भने लेख्नुहोस् । ( )  
その他あれば、記入して下さい。

- (2) के तपाईं नियमित रूपमा औषधि सेवन गर्नुहुन्छ ?  गर्छु  गर्दिन  
現在、定期的に飲んでいる薬がありますか。  ある  ない

यदि गर्नुहुन्छ भने उचित एकमा चिन्ह लगाउनुहोस् ।

「ある」と答えた場合、該当するものに、 $\checkmark$ 印を付けて下さい。

- |                                                                         |                                                                              |
|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> श्वास प्रश्वास सम्बन्धी रोगको औषधि<br>呼吸器病の治療薬 | <input type="checkbox"/> पाचन प्रणालीको अङ्गमा लागेको रोगको औषधि<br>消化器病の治療薬 |
| <input type="checkbox"/> उच्च रक्तचापको औषधि<br>高血圧の治療薬                 | <input type="checkbox"/> मुटुरोग सम्बन्धी रोगको औषधि<br>心臓病の治療薬              |

- |                                                                           |                                                                            |
|---------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> स्लिपिनड्ग टाब्लेट (निन्द्रा लाग्ने औषधि)<br>睡眠薬 | <input type="checkbox"/> ट्रॉक्विलाइजर (मानसिक सन्तुलन दिने औषधि)<br>精神安定剤 |
| <input type="checkbox"/> आफ्नो देशबाट लिएर आएको ।<br>母国から持ってきた            | <input type="checkbox"/> अन्य<br>その他                                       |

यदि तपाईंलाई औषधिको नाम थाहा छ भने लेख्नुहोस् । ( )  
薬の名前がわかれば、記入して下さい。

- (3) के तपाईंलाई कहिलै दादुरा आएको छ वा औषधि खाएपछि अथवा खोप लगाएपछि बिरामी हुनु भएको छ ?  
今まで薬を飲んだり、注射をした後に、皮膚に発疹が出たり、具合が悪くなったことがありますか。
- |                                  |                                    |
|----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> छ<br>ある | <input type="checkbox"/> छैन<br>ない |
|----------------------------------|------------------------------------|

यदि छ भने तलका कुनै एकमा ठीक लगाउनुहोस् ।

「ある」と答えた場合、該当するものに、✓印を付けて下さい。

- |                                                |                                                                      |
|------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> पाइरिन औषधि<br>ピリン系の薬 | <input type="checkbox"/> प्रतिजैविक औषधि (एन्टिबायोटिक औषधि)<br>抗生物質 |
| <input type="checkbox"/> लट्याउने औषधि<br>麻酔薬  | <input type="checkbox"/> अन्य<br>その他                                 |

यदि तपाईंलाई औषधिको नाम थाहा छ भने लेख्नुहोस् । ( )  
薬の名前がわかれば、記入して下さい。

### III मादक पदार्थ र धुम्रपान

酒またはタバコについて

- (1) के तपाईं मादक पदार्थ सेवन गर्नु हुन्छ ?

お酒を飲みますか。

- |                                      |                                        |
|--------------------------------------|----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> गर्छु<br>はい | <input type="checkbox"/> गर्दिन<br>いいえ |
|--------------------------------------|----------------------------------------|

यदि सेवन गर्नु हुन्छ भने तलको खाली भर्नुहोस् ।

「はい」と答えた場合、該当するものに、記入して下さい。

एक पटक कति जति पिउनु हुन्छ ?

1 回に飲む量は、主に

- |                                                  |                                     |
|--------------------------------------------------|-------------------------------------|
| 1. ____ बोटल बियर<br>ビール ____ 本                  | 2. ____ मिलिलिटर जति<br>日本酒 ____ ml |
| 3. ____ सोचुको ml (सफा पेय पदार्थ)<br>焼酎 ____ ml |                                     |
| 4. अन्य ( )<br>その他                               |                                     |

- (2) के तपाईं धुम्रपान गर्नु हुन्छ ?

たばこを吸っていますか。

- |                                                                                 |                                        |
|---------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> गर्छु (____ खिल्ली चुरोट/प्रतिदिन)<br>はい (一日に約 ____ 本) | <input type="checkbox"/> गर्दिन<br>いいえ |
|---------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|



पिडा हुन \_\_\_\_\_ दिन वा \_\_\_\_\_ घण्टादेखि सुरु भएको हो ।  
その痛みは、\_\_\_\_\_ 日前又は \_\_\_\_\_ 時間前から始まりました。

## VII 1. टाउको/अनुहार

頭/顔

टाउको

頭

- |                                                                                           |                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> मेरो टाउकोको बाहिरी भागमा दुख्छ ।<br>表面が痛みます                     | <input type="checkbox"/> मेरो टाउकोको भित्री भागमा दुख्छ ।<br>内部が痛みます                |
| <input type="checkbox"/> मेरो टाउकोको केही भागमा दुख्छ ।<br>部分的に痛みます                      | <input type="checkbox"/> मलाई च्वास्स च्वास्स घोचेको जस्तो पिडा हुन्छ ।<br>ズキンズキンします |
| <input type="checkbox"/> मलाई लाटो खालको पिडा हुन्छ ।<br>ジーンとした痛みがあります                    | <input type="checkbox"/> मलाई रिंगटा लाग्छ ।<br>しめつけるように痛みます                         |
| <input type="checkbox"/> मेरो शरीर गह्रौं भएको अनुभव हुन्छ ।<br>重く感じます                    | <input type="checkbox"/> मलाई रिंगटा लाग्छ ।<br>くらくらします                              |
| <input type="checkbox"/> मेरो टाउको धमिलो हुन्छ र ताजापन अनुभव हुँदैन ।<br>ぼおっとしてすっきりしません | <input type="checkbox"/> अन्य<br>その他                                                 |

अनुहार

顔

- |                                                                |                                                             |
|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> मेरो अनुहार चम्किलो भएको छ ।<br>ほてります | <input type="checkbox"/> मेरो अनुहार सुनिएको छ ।<br>むくんでいます |
| <input type="checkbox"/> मेरो अनुहार फरफराउँछ<br>ピクピク痙攣します     | <input type="checkbox"/> अन्य<br>その他                        |

## 2. आँखा(हरू)

目

- |                                                                                                       |                                                                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> मलाई मेरो (देब्रे/दाहिने) आँखामा केही पसेको जस्तो हुन्छ ।<br>(右・左) に異物感があります |                                                                                    |
| <input type="checkbox"/> मेरो (देब्रे/दाहिने) आँखामा पिडा भइ रहेको छ ।<br>(右・左) が痛みます                 | <input type="checkbox"/> मेरो (देब्रे/दाहिने) आँखा चिलाइ रहेको छ ।<br>(右・左) がかゆい   |
| <input type="checkbox"/> मेरो आँखाहरू सजिलै गरेर थकित हुन्छ ।<br>疲れやすい                                | <input type="checkbox"/> मेरो (देब्रे/दाहिने) आँखा रातो भएको छ ।<br>(右・左) が充血しています |
| <input type="checkbox"/> मलाई देख्न गाह्रो भयो ।<br>見えにくくなってきました                                      | <input type="checkbox"/> मैले सबै कुरा दुईवटा देख्छु ।<br>ものが二重に見えます               |
| <input type="checkbox"/> म मधुरो देख्छु ।<br>かすみます                                                    | <input type="checkbox"/> मेरो सुक्खा आँखा छ ।<br>かわきます                             |
| <input type="checkbox"/> अन्य<br>その他                                                                  |                                                                                    |

## 3. कान(हरू)

耳

- |                                                                          |                                                                                 |
|--------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> मलाई सुन्न गाह्रो हुन्छ ।<br>聞き取りにくいです          | <input type="checkbox"/> मेरो (देब्रे/दाहिने) कान कराइ रहन्छ ।<br>耳鳴りがします (右・左) |
| <input type="checkbox"/> मेरो (देब्रे/दाहिने) कान दुख्छ ।<br>(右・左) が痛みます | <input type="checkbox"/> मेरो (देब्रे/दाहिने) कान पाकेको छ ।<br>耳だれが出ます (右・左)   |
| <input type="checkbox"/> अन्य<br>その他                                     |                                                                                 |

4. नाक

鼻

- |                                                                |                                                              |
|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> मेरो नाकबाट पानी बगिरहन्छ ।<br>鼻水が出ます | <input type="checkbox"/> मेरो नाक बन्द हुन्छ ।<br>鼻がつまります    |
| <input type="checkbox"/> मेरो नाकबाट रगत आउँछ ।<br>鼻血が出ます      | <input type="checkbox"/> मेरो नाक भित्र चिलाउँछ ।<br>鼻の中がかゆい |
| <input type="checkbox"/> अन्य<br>その他                           |                                                              |

5. मुख

口

- |                                                                     |                                                                                   |
|---------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> मेरो मुख सजिलै गरेर सुक्खा हुन्छ ।<br>乾きます | <input type="checkbox"/> मेरो गाला(हरू)मा पिडा हुन्छ ।<br>ほほが痛い                   |
| <input type="checkbox"/> मेरो जिब्रो दुख्छ ।<br>舌が痛い                | <input type="checkbox"/> मेरो मुख भित्रको जालो पोलेको महशुस हुन्छ ।<br>口内炎が出来ています |
| <input type="checkbox"/> मेरो स्वास गनाउँछ ।<br>口臭がします              | <input type="checkbox"/> अन्य<br>その他                                              |

6. दाँत

歯

- |                                                                                              |                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> मेरो दाँत दुखेको छ ।<br>歯が痛い                                        |                                                                                      |
| <input type="checkbox"/> मेरो मुख भित्र केही चिसो कुरा राख्दा अति पिडा हुन्छ ।<br>冷たいものがしみます |                                                                                      |
| <input type="checkbox"/> मेरो गिजाहरूमा दुख्छ ।<br>歯ぐきが痛い                                    | <input type="checkbox"/> मेरो गिजा सुनिएको छ ।<br>歯ぐきははれています                         |
| <input type="checkbox"/> मेरो गिजाबाट रगत आउँछ ।<br>歯ぐきから出血します                               | <input type="checkbox"/> मेरो दाँतबाट त्यसमा भरिएको कुरा बाहिर आयो ।<br>歯の詰めものがとれました |
| <input type="checkbox"/> मेरो दाँत चोइटिएको छ ।<br>歯が欠けました                                   | <input type="checkbox"/> अन्य<br>その他                                                 |
| <input type="checkbox"/> मलाई एउटा अस्थायी उपायमात्र आवश्यक छ ।<br>応急措置だけして下さい               |                                                                                      |

7. घाटी

のど

- |                                                               |                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> मेरो घाटीमा दुख्छ ।<br>痛みます          | <input type="checkbox"/> मैले केही कुरा निल्दाखेरि घाटीमा दुख्छ ।<br>ものを飲み込むときに痛みます     |
| <input type="checkbox"/> मेरो घाटी चिलाएको छ ।<br>いがらっぽいのです   | <input type="checkbox"/> मेरो घाटीमा केही कुरा अड्किएको जस्तो लाग्छ ।<br>何か詰まっている感じがします |
| <input type="checkbox"/> मेरो स्वर धोत्रो भएको छ ।<br>声がかすれます | <input type="checkbox"/> मलाई खोकी लागेको छ ।<br>せきが出ます                                 |
| <input type="checkbox"/> मेरो राल निस्कन्छ ।<br>痰が出ます         | <input type="checkbox"/> मेरो रालमा रगत आउँछ ।<br>血痰が出ます                                |
| <input type="checkbox"/> अन्य<br>その他                          |                                                                                         |

8. घाटी/काँध

首・肩

- |                                                                       |                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> मेरो घाटीमा दुख्छ ।<br>首が痛い                  | <input type="checkbox"/> म मेरो घाटी घुमाउन/ ढल्काउन सकिदैन ।<br>首が回らない・曲がらない |
| <input type="checkbox"/> म सुत्दा खेरी मेरो घाटी अररो भयो ।<br>寝違えました | <input type="checkbox"/> म मेरो घाटीको पछाडिको भाग अररो भयो ।<br>首の後ろがこります    |
| <input type="checkbox"/> मेरो काँधमा समस्या छ ।<br>むち打ち症になりました        | <input type="checkbox"/> मेरो काँध अररो भयो ।<br>肩がこります                       |
| <input type="checkbox"/> अन्य<br>その他                                  |                                                                               |

9. छाती

胸

- |                                                                                 |                                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> मेरो छाती दुखेको छ ।<br>痛みます                           | <input type="checkbox"/> मेरो मुटुको धड्कन तेज भएको छ ।<br>動悸がします    |
| <input type="checkbox"/> मलाई छातीमा दबाव परेको जस्तो अनुभव हुन्छ ।<br>圧迫感があります | <input type="checkbox"/> मलाई श्वास फेर्न गाह्रो हुन्छ ।<br>息がしにくいです |
| <input type="checkbox"/> मलाई अरुची हुन्छ ।<br>吐き気がします                          | <input type="checkbox"/> मेरो मुटु पोल्छ ।<br>胸やけがします                |
| <input type="checkbox"/> अन्य<br>その他                                            |                                                                      |

10. आमाशय

胃

- |                                                                               |                                                                                |
|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> मेरो आमाशयमा लाटो खालको पिडा हुन्छ ।<br>鈍い痛みがあります    | <input type="checkbox"/> मेरो आमाशयमा अत्यन्त पिडा हुन्छ ।<br>刺すように痛みます        |
| <input type="checkbox"/> मेरो पेट गह्रौं हुन्छ ।<br>重い感じがします                  | <input type="checkbox"/> भोक लागेको बेला मेरो आमाशयमा पिडा हुन्छ ।<br>空腹時に痛みます |
| <input type="checkbox"/> मैले खाना खाइसके पछि आमाशयमा पिडा हुन्छ ।<br>食後に痛みます | <input type="checkbox"/> मलाई वाकवाकी लाग्छ ।<br>吐き気がします                       |
| <input type="checkbox"/> मैले बान्ता गरेँ ।<br>吐きました                          | <input type="checkbox"/> मलाई भोक लाग्दैन ।<br>食欲がない                           |
| <input type="checkbox"/> अन्य<br>その他                                          |                                                                                |

### 11. पेट

腹

- मेरो पेटको (सम्पूर्ण/दाहिने/देब्रे)भागमा दुख्छ ।  
(全体・右・左) 下腹部が痛い
- मेरो (दाहिने/देब्रे) कोखामा दुख्छ ।  
(右・左) 脇腹が痛い
- मलाई लाटो खालको पिडा हुन्छ ।  
鈍い痛みがあります
- मेरो सम्पूर्ण पेटमा निचोरेको जस्तो पिडा हुन्छ ।  
腹部全体が絞められるように痛みます
- मेरो पेट सुन्निएको छ ।  
お腹がはります
- मलाई एकदम पखाला लाग्छ ।[दिनको \_\_\_\_ पटक]  
ひどい下痢です。一日 \_\_\_\_ 回
- मलाई मध्यम खालको पखाला लागेको छ ।  
軽い下痢です
- मेरो पेट दुख्छ र वाकवाकी लाग्छ ।  
お腹が痛くて吐き気もします
- मेरो पेट हुडुलिन्छ ।  
お腹がゴロゴロします
- मेरो दिसा अड्किन्छ । एक पटकमा \_\_\_\_ दिन सम्म हुन्छ ।  
便秘です。 \_\_\_\_ 日に1回です
- अन्य  
その他

### 12. मलद्वार / मुत्र अंग / प्रजनन अंग

肌門・泌尿・生殖器

- मेरो मलद्वार चिलाउँछ ।  
肌門がかゆいです
- मेरो दिसामा रगत जान्छ ।  
便に血が混じります
- मलाई पिसाब फेर्दा पिडा हुन्छ ।  
排尿するときに痛みます
- मेरो यौनाङ्गबाट रगत आउँछ ।  
性器から出血します
- मेरो महिनावारी हुँदा पिडा हुन्छ ।  
生理痛があります
- मेरो महिनावारी हुन बन्द भयो ।  
生理がとまりました
- मेरो पिसाबमा रगत जान्छ ।  
血尿が出ました
- मेरो पाठेघरबाट सेतो पानी बग्छ ।  
おりものがあります
- मेरो महिनावारी नियमित हुँदैन ।  
生理が不順です
- मेरो यौनाङ्ग चिलाउँछ ।  
陰部にかゆみがあります
- अन्य ।  
その他

### 13. ढाड/ कम्मर

背・腰

- मेरो ढाडमा दुख्छ ।  
背中が痛みます
- मेरो कम्मरमा थकित महसुश हुन्छ ।  
腰がだるい
- मेरो कम्मरमा पिडा हुन्छ ।  
腰が痛みます
- मैले मेरो शरीर यता उता चलाउँदा पिडा हुन्छ ।  
体を動かすときに痛い
- अन्य  
その他

14. हात (हरू) / पाखुरा (हरू) / खुट्टा (हरू) / जोर्नी (हरू)

手・腕・足・関節

- मेरो हात (हरू) / खुट्टा (हरू) दुख्छ ।  
(手・足) が痛みます
- मेरो हात (हरू) / खुट्टा (हरू) लाटो भएको छ ।  
(手・足) がしびれています
- मेरो पिँडुला बाउँडेन्छ ।  
足がつります
- मेरो खुट्टा (हरू) सुन्निएका छन् ।  
足がむくんでいます
- मलाई मेरो हात तथा खुट्टाहरू चिसो भएको जस्तो लाग्छ ।  
手足が冷たく感じます
- मेरो हात / खुट्टा / औंला मर्किएको छ ।  
手・足・指をくじきました
- म मेरो जोर्नीहरू मोड्न सकिदैनँ / जोर्नीहरू तन्काउन कठिन हुन्छ ।  
関節が曲がりません・伸びにくいです
- अन्य  
その他

15. छाला

皮膚

- मेरो शरीर चिलाउँछ ।  
かゆいです
- मलाई पिलो आएको छ ।  
おできができました
- मलाई दुख्छ ।  
痛いです
- मलाई फोडा आएको छ ।  
発疹が出ました
- अन्य  
その他

**JITCO**