

## राष्ट्रिय क्यान्सर स्क्रीनिंग कार्यक्रम

थर नाम		आवासीयपरिचयन.		टेलिफोन	घर	
					मोबाइल	
<input type="checkbox"/> स्वास्थ्य बीमा <input type="checkbox"/> चिकित्सा सहायता पाउने व्यक्ति				इमेल		
				स्वास्थ्य जाँच परिणामको रिपोर्ट कसरी प्राप्त गर्ने-	<input type="checkbox"/> मेल <input type="checkbox"/> इमेल	
हालको ठेगाना						जिप कोड
						-

※क्यान्सर सम्बन्धि प्रश्नहरु

※कृपया तपाईंको हालको अवस्था सम्बन्धि उचित बक्समा ठीक चिन्ह लगाएर प्रश्नहरूको उत्तर दिनुहोस् ।

- के तपाईंको शरीरमा कुनै असहज महशुस भएको ठाउँ छ ? कहाँ ?  
 ① छलक्षण: \_\_\_\_\_ ) ② छैन
- के गत ६ महिनामा कुनै विशेष कारण बिना तीव्र रुपमा नै ५ केजी तौल बढेको महशुस भएको छ ?  
 ① छैन ② छ; जम्मा घटेको तौल ( \_\_\_\_\_ केजी)
- के तपाईंको परिवारमा (तपाईं सहित) कसैलाई क्यान्सर भएको छ ?

क्यान्सरको प्रकार	छैन	थाहा छैन	छ (तपाईंले विभिन्न रोगहरू छनोट गर्न सक्नु हुनेछ।)				
			तपाईं	अभिभावक	भाई/दाई	दिदी/बहिनी	बच्चाहरु
ग्यास्ट्रिक क्यान्सर							
स्तन क्यान्सर							
मलाशय र गुदा सम्बन्धि क्यान्सर							
हेपाटोमा							
सर्विकल क्यान्सर							
फोक्सोको क्यान्सर							
अन्य ( )							

4. केपहिलाकहिलैयीपरीक्षणहरुगर्नुभएकोछ?

परीक्षण		अवधि			
		10 वर्षभन्दापहिलेवा कुनैपनिछैन	1वर्षभित्र	1रवर्षभित्र	2र 10 वर्षभित्र
ग्यास्ट्रिक क्यान्सर	फोटोग्राफी				
	इन्डोस्कोपी				
ग्यास्ट्रिक क्यान्सर	मेमोग्राम				
मलाशय र गुदा सम्बन्धि क्यान्सर	फेकलओक्कुल्टब्लड((दिसापरीक्षण)				
	बेरियम इनेमा				
	इन्डोस्कोपी				
सर्विकल क्यान्सर	सेर्विकल छाला परीक्षण				
फोक्सोको क्यान्सर	छातीको CT				
हेपाटोमा	लिभरअल्ट्रासाउन्ड	कुनैपनिछैन	6महिनाभित्र	6र 12 महिनाबीच	1वर्षभन्दाबढी



※ग्यास्ट्रिक क्यान्सर, हेपाटोमा, र मलाशय र गुदा सम्बन्धि क्यान्सरको बारे प्रश्नहरू ।

※कृपया तपाईंको हालको अवस्था सम्बन्धि उचित बक्समा ठीक चिन्ह लगाएर प्रश्नहरूको उत्तर दिनुहोस् ।

5. के तपाईंको कुनै पेट सम्बन्धि रोग पत्ता लगाएको छ ?

रोग	ग्यास्ट्रिकअल्सर	पेटकोछालासुनिनेरोग	ड्युडेनलअल्सर	पोलिप	अन्य(उल्लेखगर्नुहोस्)	कुनै पनि छैन
छ						

6. के तपाईंको कुनै मलाशय सम्बन्धि रोग पत्ता लागेको छ ?

रोग	कोलोन पोलिप्स	अल्सररक्तिभकोलिटिस	क्रोहन्सडिजिज	हेमोर्होइड	अन्य(उल्लेखगर्नुहोस्)	कुनैपनिछैन
छ						

7. कलेजो सम्बन्धि कुनै रोग पत्ता लागेको छ ?

रोग	हेपाटेटिस बी क्यारियर	हेपाटेटिस बी	हेपाटेटिस सी	सरोसस	अन्य (उल्लेख गर्नुहोस्)	कुनैपनिछैन
छ						

8. के तपाईंलाई कहिल्यै फोक्सोको रोग देखिएको छ?

रोग	दीर्घकालीन अवरोधक पल्मोनरी रोग (COPD) (दीर्घकालीन ब्रोन्काइटिस, इम्फेसेमा, आदि)	पल्मोनरी क्षयरोग (TB)	पल्मोनरी नोज्युलहरू	इन्टरस्टिशल फोक्सो रोग (ILD)	न्यूमो-कोनीओसिस	अन्य (लेख्नुहोस्)
छ						

※स्तन क्यान्सर र सर्बिकल(ग्रीवा) क्यान्सर सम्बन्धि मात्र प्रश्नहरू ।(महिलाहरूको लागि मात्रै)

9. तपाईंको पहिलो महिनावारी कहिले भएको थियो ?

- ① उमेर \_\_\_\_\_ ② मेरो अहिले सम्म महिनावारी भएको छैन.

10. के तपाईंको अझै महिनावारी भैइरहेको छ ?

- ① छ ② मेरो पाठेघर निकालिइएको छ

③ महिनावारी रोकेको (उमेर: \_\_\_\_\_)

11. के तपाईंले महिनावारी रोकिनेबाट मुक्त हुन कहिलै कुनै हर्मोनल उपचार गर्नु भएको छ ?

- ① कहिले पनि छैन ② छ ; 2 वर्ष भन्दा कम  
③ छ; 2 र 5 वर्षको अवधि सम्म ④ छ; 5 वर्ष भन्दा बढी ⑤ थाहा भएन

12. तपाईंको कतिवटा बच्चाहरु छन् ?

- ① 1 ② 2 भन्दा बढी ③ छैन

13. तपाईंले बच्चालाई कति समयसम्म दुध चुसाउनु भयो ?

- ① ६ महिना भन्दा कम ② ६ र १२ महिना बीच ③ १ वर्ष भन्दा बढी ④ लागू हुँदैन

14. के तपाईंलाई बेनाइल ट्युमर भएको छ ?

(बेनाइल ट्युमर एउटा ट्युमर मात्रै हो, यो कुनै क्यान्सर होइन र यो क्यान्सरयुक्त पनि हुँदैन।)

- ① छ ② छैन ③ थाहा छैन

15. के तपाईंले गर्भ-निरोध पिल(औषधि) खानु भएको छ ?

- ① कहिलै पनि खाएको छैन ② 1 वर्ष भन्दा कम  
③ 1 वर्षभन्दाबढी ④ थाहा छैन