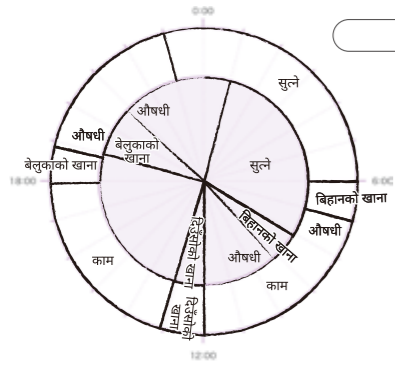
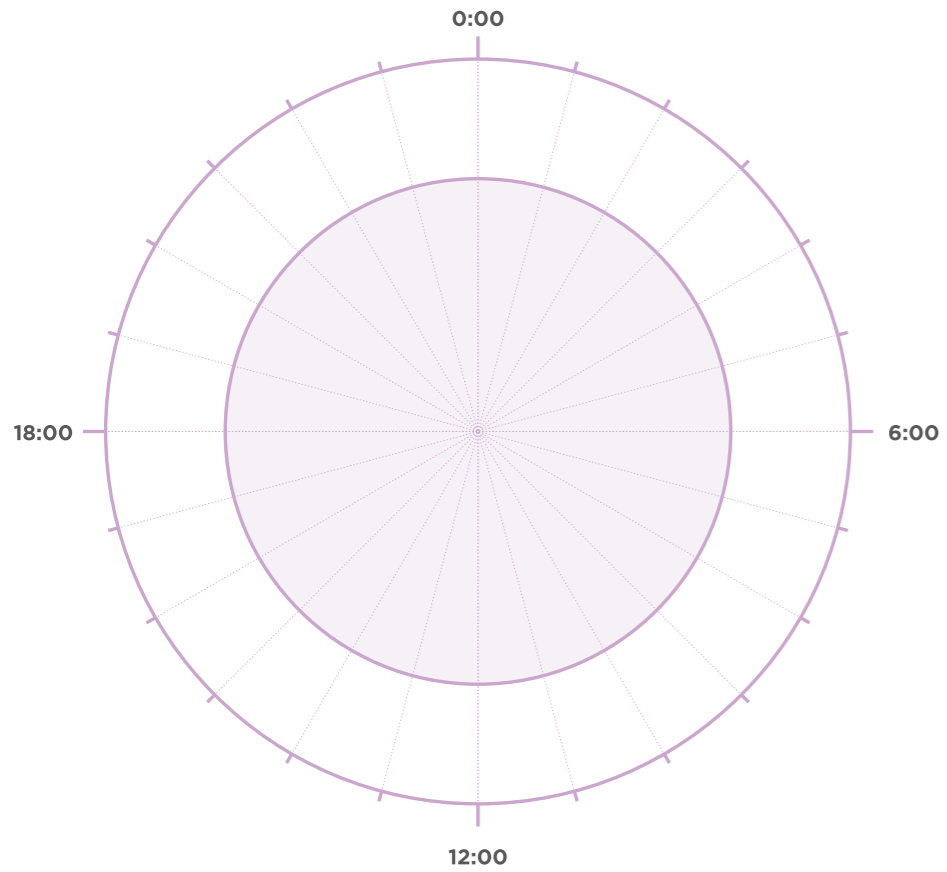


उदाहरण



उदाहरणमा लेखेको अनुसार तपाईंको सामान्य दैनिक जीवन तालिका लेखौं ।



- दैनिक
- त्यस बाहेक



सम्पर्क:

गिलियड विज्ञान कं. लिमिटेड

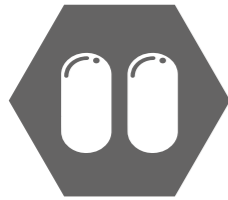
100-6616 टोकियो चियोडा वडा मारुनोउचि 1-9-2 ग्राण्ड टोकियो साउत टावर  
<https://www.gilead.co.jp/>

<नेपाली भाषा>  
BVY21DS0400PA  
2021 साल डिसेम्बर सिर्जना

Let's Talk!

## अहिले खादै गरेको औषधीमा कुनै समस्या छ कि छैन ?

त्यहाँ विभिन्न प्रकारका औषधीहरू छन्, जुन आकार, लिने तरिकाहरू भिन्न हुन्छन् । तपाईंको जीवन शैली अनुरूप औषधीको बारेमा आफ्नो डाक्टरसँग सल्लाह गर्नुहोस् ।



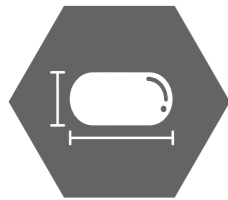
1 पटकमा लिनुपर्ने औषधीहरू धेरै छन् ।



दिनमा 2 पटक लिनुपर्ने औषधीहरू गाह्रो हुन्छन् ।



औषधी लिनु अगाडि खाना खानु पर्ने कुरा गाह्रो हुन्छ ।



औषधीको आकार ठूलो र निम्न गाह्रो हुन्छ ।



मिलाएर सेवन गर्ने कुरा मिन्ता हुन्छ ।

- औषधीहरू बिरामीको जीवन शैलीमा मात्र होइन, बिरामीको अरू रोगहरूको पनि विस्तृत जानकारी गरेर मात्र निर्धारण गर्दछन् ।
- औषधीको साइड इफेक्ट कम गर्ने वा लिन सहज गर्ने उद्देश्यले डाक्टरको सल्लाह अनुसार औषधी परिवर्तन गरेतापनि, भविष्यमा औषधीको प्रकारहरू घट्ने छैनन् (यदि औषधी परिवर्तन गरेर मेल नखाएमा, पहिलेको अवस्था गर्न सम्भव छ)।
- वर्षे पिछे औषधीहरू विकसित भइरहेका छन् । तपाईंलाई उपयुक्त औषधी हुन सक्छ ।

## तपाईंलाई उपयुक्त हुने औषधी छ कि छैन भनेर सोध्नुहोस् ।

सधैं औषधी सेवन गर्नको लागि तपाईंलाई उपयुक्त हुने औषधीको छनौट गर्नु महत्त्वपूर्ण छ ।

डाक्टर, फार्मासिस्ट र नर्सहरूको लागि

- तपाईंले अहिले सेवन गरिरहनु भएको औषधीको समस्याको बारेमा बताउनुहोस्।
- आफ्नो जीवन शैलीको बारेमा बताउनुहोस्।
- अरू अस्पतालबाट प्राप्त गर्नु भएको औषधीको बारेमा बताउनुहोस्। (यदि औषधीको नोट बुक (खुसुरी तेच्योउ) ल्याउनु भएको छ भने देखाउनुहोस्।)

## दैनिक जीवन शैलीको बारेमा

1	के तपाईंको दैनिक जीवन शैली अनियमित छ ?	छ	छैन
2	के तपाईंले अफिस, घर, विद्यालय आदिमा धेरै तनाव महसुस गर्नु हुन्छ ?	छ	छैन
3	के तपाईं नियमित रूपमा रक्सी पिउनु हुन्छ ? (हप्तामा ३ दिन भन्दा बढी)	छ	छैन
4	के तपाईंलाई आजकाल निन्द्रा नलाग्ने वा निद्रा लागे पनि चाँडै बिउँझिनु हुन्छ ?	छ	छैन
5	के तपाईंलाई आजकाल भोक लाग्दैन ?	छ	छैन
6	के तपाईं हालै मोटाउनु वा दुब्लाउनु भएको छ ?	छ	छैन
7	के तपाईं आजकाल धेरै खानु हुन्छ ?	छ	छैन
8	के तपाईंले व्यायाममा कमी भएको महसुस गर्नु हुन्छ ?	छ	छैन

## अन्य रोगहरू र औषधीको बारेमा

9	के तपाईंले निरन्तर उपचार गरिरहनु भएको अन्य रोगहरू छन् ?	छ	छैन
	▶ यदि छ भने, कुन रोगको उपचार गर्दै हुनुहुन्छ ?		
10	के तपाईं औषधी वा खानेकुरा बाहेक अरू चिजहरू सेवन गर्नुहुन्छ ?	छ	छैन
	▶ यदि छ भने, के सेवन गर्नुहुन्छ ?		
11	के तपाईं कुनै सप्लिमेन्ट प्रयोग गर्ने सोचमा हुनु हुन्छ ?	छ	छैन
	▶ यदि छ भने, के प्रयोग गर्न मन छ ?		

## हालको उपचारको बारेमा

12	के तपाईं नियमित रूपमा थकित महसुस गर्नुहुन्छ ?	छ	छैन
13	के तपाईंको छाती वा पेट पोल्ने हुन्छ ?	छ	छैन
14	के तपाईं मिन्तन्त वा नि उदास भएको हिसुस गनुनु हुन्छ ?	छ	छैन
15	के तपाईंलाई टाउको दुख्ने वा चक्कर लाग्ने हुन्छ ?	छ	छैन
16	के तपाईंले कहिले कहीं तोकैको मात्र अनुरूप औषधी सेवन गर्न सक्नु भएको छैन ?	छ	छैन
	▶ यदि हो भने, कति पटक ?		
	a. हप्तामा 1 पटक    b. महिनामा 1 पटक    c. 6 महिनामा 1 पटक    d. अन्य		
17	के तपाईंले अहिले सेवन गर्नु भएको औषधीमा सुधार गर्न चाहनुहुन्छ ?	छ	छैन
	▶ यदि छ भने, के कुराको सुधार गर्न चाहनु हुन्छ ? (एक भन्दा बढी छनौट गर्न सक्नुहुन्छ)		
	a. ठूलो    b. धेरै पटक पिउने    c. खाना पछि पिउने    d. अन्य		

## memo