

患者氏名 :

患者 ID :

Cuestionario Médico Medicina Interna/内科 問診票

Marque los cuadros (□) que correspondan./ あてはまるものにチェックしてください。

Nombre del paciente / 患者氏名		Fecha/ 日付	año / 年	mes / 月	día / 日
Fecha de nacimiento/ 生年月日	año/ 年	mes/ 月	día/ 日	Sexo/ 性別	<input type="checkbox"/> Masculino/ 男 <input type="checkbox"/> Femenino/ 女
Altura y peso/ 身長・体重	m	cm	kg	Edad/ 年齢	años/ 歳
Idioma/ 言語				Nacionalidad / 国籍	

Situación vivencial/ 生活状況

- Hay algún familiar que necesita asistencia/ 介護しなければならない家族がいる Tengo niños pequeños/ 幼い子どもがいる
- Mi familia es de personas mayores/ 高齢者世帯 Vivo solo/ 独居
- Hogar monoparental (madre)/ 母子家庭 Otros/ その他 ()

Trabajo/ 職業

- Empleado regular/ 常勤雇用 Trabajo por horas/ パートタイム Autónomo/ 自営業
- Jubilado/ 退職 Desempleado/ 無職

¿Qué síntomas tiene?/ どのような症状ですか?

- Dolor de cabeza/ 頭が痛い Mareo/ めまい Boca seca/ 口が渇く
- Dolor de la garganta/ のどが痛い Tos/ せき Palpitaciones/ 動悸
- Dolor del pecho/ 胸が痛い Presión en el pecho/ 胸が苦しい Dolor del estómago/ 胃が痛い
- Náuseas/ 吐き気 Vómitos/ 嘔吐 Me quedo sin aliento/ 息切れ
- Diarrea/ 下痢 Vientre hinchado/ おなかが張る Dolor de barriga/ おなかが痛い
- Tengo sangre en las heces/ 血便 Fiebre/ 熱がある Sarpullidos/ 発しん
- Presión sanguínea alta/ 高血圧 No puedo dormir/ 眠れない Me encuentro débil/ だるい
- Me canso con facilidad/ 疲れやすい He perdido peso/ 体重が減っている No tengo apetito/ 食欲がない
- Me tiembla el cuerpo/ 身体がふるえる (Involuntariamente/ 勝手に動く Por frío/ 寒い)
- Tengo el cuerpo hinchado en general/ 全身にむくみがある Tengo alguna parte del cuerpo hinchado/ 体の一部にむくみがある
- Tengo una hinchazón/ 腫れがある Tengo un entumecimiento/ しびれ Otros/ その他 ()

¿Desde cuándo le ocurre eso?/ それはいつからですか?

Desde aproximadamente: _____ año / 年 _____ mes / 月 _____ día / 日ごろから

¿Está recibiendo en la actualidad algún tratamiento de alguna enfermedad? / 現在治療している病気はありますか?

- Sí/ はい (nombre de la enfermedad/ 病名: _____)
- No/ いいえ

¿Tiene alergia a algún alimento o medicamento?/ 薬や食べ物でアレルギーがでますか?

- Sí/ はい → Medicamento/ 薬 Alimentos/ 食べ物 Otros/ その他 ()
- No/ いいえ

¿Está tomando algún medicamento en la actualidad?/ 現在飲んでいる薬はありますか?

- Sí/ はい → Si lo lleva consigo, muéstranoslo 持っていれば見せてください
- No/ いいえ

* Continúa en la página siguiente / ※裏面もご記入ください。

患者氏名 :

患者 ID :

¿Ha enfermado en el pasado?/ 今までにかかった病気はありますか?

- Enfermedad del estómago e intestinos / 胃腸の病気
- Enfermedad del hígado/ 肝臓の病気
- Enfermedad del corazón/ 心臓の病気
- Enfermedad de los riñones / 腎臓の病気
- Enfermedad del aparato respiratorio / 呼吸器の病気
- Enfermedad sanguínea/ 血液の病気
- Enfermedad del cerebro o del sistema nervioso/ 脳・神経系の病気
- Cáncer/ 癌
- Enfermedad de la glándula del tiroides / 甲状腺の病気
- Diabetes/ 糖尿病
- Otras/ その他 ()

¿Cuántos años tenía?/ それは何歳の時ですか?

Edad: ____ (años)/ 歳

¿Fuma?/ たばこを吸いますか?

- Fumo/ 吸う → En la actualidad/ 現在: ____ cigarrillos/día/ 本/日 Historial como fumador / 喫煙歴: ____ años/年
- Antes fumaba/ 以前吸っていた → Antes/ 過去: ____ cigarrillos/día/ 本/日 Historial como fumador / 喫煙歴: ____ años/年
- No fumo/ 吸わない

¿Bebe bebidas alcohólicas?/ お酒を飲みますか?

- Sí/ はい → _____ ml/día /ml/ 日
- No/ いいえ

¿Se ha operado alguna vez? / 手術を受けたことがありますか?

- Sí/ はい
- No/ いいえ

¿Cuándo? / いつごろですか?

Aproximadamente: _____ año/ 年 ____ mes/ 月 (nombre de la operación/ 手術名: _____)

¿Le han anestesiado alguna vez?/ 麻酔を受けたことがありますか?

- Sí/ はい →
- Anestesia general/ 全身麻酔
- Anestesia local/ 局所麻酔
- No/ いいえ

¿Tuvo algún problema cuando le anestesiaron?/ 麻酔をして何かトラブルがありましたか?

- Sí/ はい
- No/ いいえ

¿Le han hecho alguna transfusión sanguínea?/ 輸血を受けたことがありますか?

- Sí/ はい
- No/ いいえ

¿Tuvo algún problema cuando le hicieron la transfusión?/ 輸血をして何かトラブルがありましたか?

- Sí/ はい
- No/ いいえ

¿Está embarazada o es posible que lo esté?/ 妊娠していますか、またその可能性はありますか?

- Sí/ はい → De ____ Meses / ヶ月
- No lo sé/ わからない
- No/ いいえ

¿Da de pecho?/ 授乳中ですか?

- Sí/ はい
- No/ いいえ

¿Puede venir la próxima vez con algún intérprete?/ 今後、通訳を自分で連れてくることができますか?

- Sí/ はい
- No/ いいえ