

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。

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