

患者氏名 :

患者 ID :

**Cuestionario Médico Departamento del Aparato Digestivo (Gastroenterología)/消化器科 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 / 年	mes / 月	día / 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 ( )

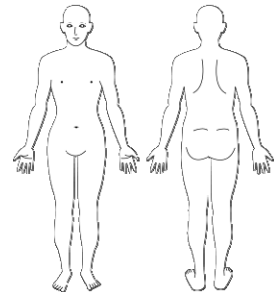
**Trabajo/ 職業**

- 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

**¿En qué lugar tiene los síntomas?/ どの部位の症状ですか?**

Marque con un círculo el lugar donde tiene los síntomas

/ 症状のあるところに丸をしてください。

**¿Qué síntomas tiene?/ どのような症状ですか?**

- Dolor agudo/ 鋭い痛み  Dolor sordo/ 鈍い痛み  Fiebre/ 熱がある
- Náuseas/ 吐き気  Vómitos/ 嘔吐  Vomito sangre/ 吐血
- Eructo/ げっぷ  Vientre hinchado/ お腹が張る  Estoy estreñado/ 便秘
- Diarrea/ 下痢  Melena/ 下血  Tengo algo hinchado/ むくむ
- No tengo apetito/ 食欲がない  Al comer se me obstruyen los alimentos / 食べ物がかえる  Ardor de estómago/ 胸焼けする
- El color de mis heces es: 便の色 (  Marrón/茶  Rojo/赤  Negro/黒  Blanco/白 )
- Después de beber alcohol vomito sangre/ 飲酒のあとに血を吐いた  En otras ocasiones/ その他 ( )

**¿Cuándo tiene esos síntomas?/ どんな時に症状がありますか?**

- Por la mañana/ 朝  Al mediodía/ 昼  Al atardecer / 夕方
- Por la noche/ 晩  Con irregularidad/ 不定期  De repente/ 突然
- Siempre/ いつも  Gradualmente / 徐々に  Cuando me muevo/ 動くと
- Cuando me fatigo/ 疲労を感じたとき  Cuando duermo/ 就寝中  Cuando como/ 食事中
- Cuando me levanto/ 起床時  Cuando tengo hambre/ 空腹時  Cuando estoy lleno/ 満腹時
- En ningún momento en particular / 特に決まっていない  En otras ocasiones/ 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

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

患者氏名 :

患者 ID :

**¿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, por favor muéstrenoslo/ 持っていれば見せてください
- No/ いいえ

**¿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