

患者氏名 :

患者 ID :

Cuestionario Médico Departamento de Dermatología/皮膚科 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()

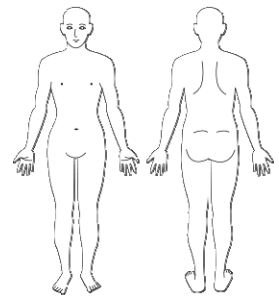
Trabajo/ 職業

- 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

¿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/ 痛い Fiebre/ 熱がある Tengo irritación/ ピリピリしている
- Quemadura/ やけど Lunar/ ほくろ Picor/ かゆい
- Sarpullidos/ 発しん Eczema / 湿しん Mancha/ しみ
- Me ha picado un insecto/ 虫に刺された Tengo hongos/ 水虫 Me supura/ じくじくしている
- Tengo una mancha/ あざ Otras cosas/ 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, por favor 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 → Sí/ はい → Sí/ はい →

¿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