

患者氏名 :

患者 ID :

**Cuestionario Médico Departamento de Ortopedia/整形外科 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
- Mi familia es de personas mayores/ 高齢者世帯
- Hogar monoparental (madre)/ 母子家庭
- Otros/ その他 ( )
- Tengo niños pequeños/ 幼い子どもがいる
- Vivo solo/ 独居

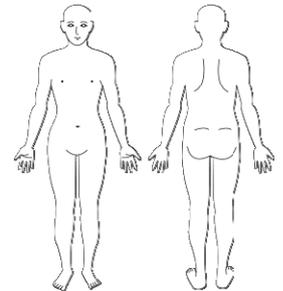
**Trabajo/ 職業**

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

**¿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
- Hinchazón/ はれもの
- Picor/ かゆい
- Entumecimiento/ しびれ
- Bulto/ しこり
- Quemadura/ やけど
- Herida/ けが
- Torcedura/ ひねった
- Otros/ その他 ( )

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

- Por la mañana/ 朝
- Por la noche / 晩
- Siempre/ いつも
- Cuando me fatigo/ 疲労を感じたとき
- Cuando me levanto/ 起床時
- Cuando me muevo/ 動かすとき
- Cuando lo toco/ 押したとき
- Al mediodía/ 昼
- Con irregularidad/ 不定期
- Gradualmente/ 徐々に
- Cuando duermo/ 就寝中
- En ningún momento en particular  
/ 特に決まっていない
- Al atardecer/ 夕方
- De repente/ 突然
- Cuando me muevo/ 動くとき
- Cuando como/ 食事中
- Cuando estoy descansando  
/ 安静にしているとき
- Cuando ando/ 歩行時
- Otras/ 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

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

患者氏名 :

患者 ID :

**¿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, 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