

患者氏名 :

患者 ID :

Cuestionario Médico Departamento de Oftalmología/眼科 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	mes	día
			/ 年	/ 月	/ 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
- 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 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?

- Ojo derecho/ 右眼 Ojo izquierdo/ 左眼 En ambos ojos/ 両眼

¿Qué síntomas tiene?/ どのような症状ですか?

- Me duele el fondo de los ojos
/ 眼の奥の痛み Veo con dificultad/ 見えにくい Legañas/ 目やに
- Picor/ かゆい Me ha salido un bulto/ はれもの Se me cierran los ojos/ 目がしょぼしょぼする
- Tengo los ojos secos/ 目が乾燥する Siento que tengo algo en el ojo/ ごろごろする Veo las cosas torcidas/ 物がゆがんで見える
- Veo doble/ 物が二重に見える Tengo los ojos cansados/ 目が疲れる Me molesta la luz/ まぶしい
- Lagrimeo/ 涙が出る Dolor de la cabeza/ 頭痛 Náuseas/ 吐き気がある
- Tengo los ojos rojos/ 充血 Tengo la vista estrecha/ 視野が狭くなってきた
- Me duelen los párpados o el entorno
/ まぶた又は目の周りが痛い En lugares oscuros veo unas lucecitas como chispas
/ 暗いところで火花のような光が出る感じがする
- Veo un punto negro o un mosquito
/ 黒い点や蚊のようなものが見える 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

¿Tiene alguna persona de su familia una enfermedad de los ojos?/ 家族で目の病気の人がありますか?

- Sí/ いる → Quién/ 誰が: _____ ¿Qué enfermedad?/ それはどんな病気ですか: _____
- No/ いない

¿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