

患者氏名 :

患者 ID :

Cuestionario Médico Departamento de Otorrinolaringología/耳鼻咽喉科 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 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 le ha ocurrido?/ どうしましたか?

- Tengo fiebre/ 熱がある Me pesa la cabeza/ 頭が重い Me duele la cabeza/ 頭が痛い
- Me cuesta respirar/ 息苦しい Tengo alergia al polen/ 花粉症 Otros/ その他 ()

Síntomas del oído/ 耳の症状

- Oído derecho/ 右 Oído izquierdo/ 左 Ambos oídos/ 両方
- Me sangran/ 血がでる Me zumban/ 耳なり Me supuran/ 耳だれ
- Tengo cera en los oídos/ 耳あか Oigo con dificultad/ 聞こえが悪い Se me obstruye lo oído/ 耳がつまる
- Dolor de oídos/ 耳が痛い Siento como si se me cerraran los oídos/ 耳がふさがった感じ
- Mareo/ めまい Otros/ その他 ()

Síntomas de la nariz/ 鼻の症状

- Me sangra/ 血がでる Tengo mucosidad/ 鼻がでる Ronco/ いびき
- No puedo oler bien/ においがわからない Huelo algo extraño/ 異臭がする Estornudo/ くしゃみ
- Se me obstruye la nariz/ 鼻がつまる Otros/ その他 ()

Síntomas de la garganta/ のどの症状

- Me sangra/ 血がでる Se me pone la voz ronca/ 声がかれる Se me seca la garganta/ 喉が渇く
- Me duele la lengua/ 舌が痛い Me cuesta tragar/ 飲み込みにくい Tengo flemas/ たん
- Tengo estomatitis/ 口内炎 Las cosas me saben raro/ 味がおかしいと感じる Me duele la garganta/ のどが痛い
- Tengo la cara o el cuello hinchado/ 顔・頸部(くび)の腫れ Tos/ せき
- Siento como si tuviera algo en la garganta/ のどに何かある感じ 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

* 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