

患者氏名 :

患者 ID :

Cuestionario Médico Departamento de Obstetricia y Ginecología/産婦人科 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?

- Estoy embarazada/ 妊娠 Tengo la menstruación anómala/ 月経の異常 Tengo leucorrea(flujo vaginal)/ おりもの
- Me duele debajo del vientre/ 下腹部が痛い Sangro pero no es menstruación/ 不正性器出血 Tengo un pólipo/ ポリープ
- Tengo un quiste ovárico/ 卵巣のう腫 Me pican los genitales/ 性器のかゆみ Tengo mioma en el útero/ 子宮筋腫
- Examen de cáncer/ がん検診 No me quedo embarazada/ 不妊症 Tengo anemia/ 貧血
- Tengo convulsiones/ ひきつけをおこす 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

Sobre la menstruación/ 月経について

- ¿Cuándo tuvo la primera regla?/ 初めて月経があったのはいつですか? Edad/ 年齢: _____ años/ 歳
- ¿Cuándo dejó de tener la regla? / 閉経はいつですか? Edad/ 年齢: _____ años/ 歳

Sobre el periodo/ 周期について

- Periodo de 28 días/ 28日型 Periodo de 30 días/ 30日型 Periodo de _____ días / 日型 Tengo la regla irregular/ 不順

¿Cuántos días por lo general le dura la regla?/ 平均月経持続日数は?

_____ Días/ 日間

Sobre la cantidad de menstruación/ 月経の量について

- Mucha/ 多い Normal/ 普通 Poca/ 少ない

¿Tiene dolores menstruales?/ 月経痛はありますか?

- Sí/ はい No/ いいえ

¿Cuándo le ha terminado la última regla?/ 最終月経は?

Fecha/ 日付: _____ mes/ 月 _____ día/ 日

¿Ha tenido relaciones sexuales alguna vez?/ 今までに性行為をした事がありますか?

- Sí/ はい No/ いいえ

* Continúa en la página siguiente / ※次のページもご記入ください。

患者氏名 :

患者 ID :

¿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

¿Le han hecho alguna vez la prueba de cáncer de cuello uterino (cáncer cervical)?/ 子宮頸がん検診を受けたことがありますか?

Sí/ はい → Fecha/ 日付: _____ año/ 年 ____ mes/ 月 ____ día/ 日 No/ いいえ

¿Le diagnosticaron alguna anomalía como resultado de las pruebas del cáncer de cuello uterino?/ 子宮頸がん検診の結果なにか異常はありましたか?

Sí/ はい No/ いいえ

¿Cuántas veces ha quedado embarazada?/ 妊娠した回数

Embarazada/ 妊娠 ____ veces / 回

He dado a luz/ 分娩 ____ veces / 回

→ Parto correcto/ 正常分娩 ____ veces / 回

→ Parto anómalo/ 異常分娩 ____ veces / 回

Aborto espontáneo/ 流産 ____ veces / 回

→ Aborto natural/ 自然流産 ____ veces / 回

→ Aborto inducido/ 人工流産 ____ veces / 回

Otros/ その他 Embarazo ectópico(fuera del útero)/ 子宮外妊娠 Mola hidatiforme (embarazo molar)/ 胎状奇胎

¿Desea dar a luz en este hospital?/ 妊娠の方は当院での出産を希望しますか?

Sí/ はい No/ いいえ

Historial de las enfermedades de la familia/ 家族の病歴

	Años /年齢	Sano /健康	Enfermo /健康ではない	Enfermedad genética /遺伝子疾患	Hipertensión /高血圧	Diabetes /糖尿病	Cáncer /がん
Padre/父	()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Madre/母	()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hermanos/兄弟	()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hermanas/姉妹	()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marido/夫	()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hijos/子ども	()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿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, muéstranoslo/ 持っていれば見せてください

No/ いいえ

* Continúa en la página siguiente/ ※次のページもご記入ください。

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 →
- _____ 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

¿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