

患者氏名 :

患者 ID :

Cuestionario Médico Departamento de Neurocirugía/脳神経外科 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。

| | | | | | |
|--------------------------------------|--------|------------------|---------|-----------------------------|--|
| 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

¿Qué le ha ocurrido?/ どうしましたか?

- Dolor de la cabeza/ 頭が痛い Me pesa la cabeza/ 頭が重い Mareo/ めまい
- Náuseas/ 吐き気 Vómitos/ 嘔吐 Entumecimiento/ しびれ
- Me tiemblan las extremidades
/ 手足のふるえ Tengo los hombros tensos/ 肩こり Fiebre/ 熱がある
- Me duele al mover el cuello/ 首を動かすと痛い No puedo andar bien/ うまく歩けない
- Se me paralizan las extremidades/ 手足の麻痺 No puedo ver bien las cosas
/ 物が見えにくい
- Pierdo el conocimiento/ 意識がなくなる Tos/ せきが出る
- No puedo recordar cosas sencillas/ 簡単なことが思い出せない No puedo oír bien/ 聞こえにくい
- No puedo hablar bien/ 言葉がうまく話せない Me zumban los oídos/ 耳鳴り
- 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 Al mediodía/ 昼 Al atardecer/ 夕方
- Por la noche / 晩 Con irregularidad/ 不定期 De repente/ 突然
- Siempre/ いつも Gradualmente/ 徐々に Cuando me muevo/ 動くと
- Cuando me fatigo/ 疲労を感じたとき Cuando duermo/ 就寝中 Cuando como/ 食事中
- Cuando me levanto/ 起床時 En ningún momento en particular/ 特に決まっていない
- 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