

患者氏名 :

患者 ID :

Cuestionario Médico Departamento de Pediatría/小児科 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 ()

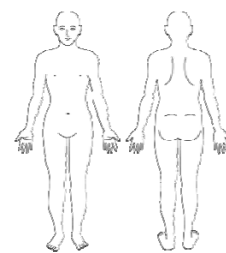
Trabajo/ 職業

- 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

¿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?**

- Fiebre/ 熱がある Dolor/ 痛い Tos/ せきがでる Convulsiona/ ひきつけをおこす
- Tiene algo hinchado/ むくみ Sarpullidos/ 発しん Zumban los oídos/ 耳鳴り No tiene apetito/ 食欲がない
- Náuseas/ 吐き気 Vómitos/ 嘔吐 Diarrea/ 下痢 Pujo con sangre/ 血便
- Pierde el conocimiento/ 意識がなくなる Tiene mal humor/ 機嫌が悪い No tiene vitalidad/ 元気がない
- Ha ganado peso anómalamente/ 体重の増加不良 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

¿Qué tipo de medicamento puede tomar?/ どんな種類の薬が飲めますか?

- Jarabe/ シロップ Polvos/ 粉薬 Pastillas o cápsulas/ 錠剤またはカプセル

¿Cómo fue el parto?/ 出産の時のようす

Peso del bebé/ 赤ちゃんの体重: _____ g Edad de la madre/ 母親の年齢: _____ años/ 歳

- Parto correcto/ 正常分娩 Parto anómalo/ 異常分娩 Cesárea/ 帝王切開

Vacunaciones recibidas/ 接種済み予防接種

- Hib/ ヒブ Vacuna neumocócica/ 肺炎球菌 Poliomielitis/ ポリオ
- DPT/ 三種混合 Vacunación DTP + contra la polio desactivada (IPV)/ 四種混合
- Sarampión y Rubéola/ 麻疹・風疹混合 Paperas/ おたふく風邪 Varicela/ 水ぼうそう
- Encefalitis japonesa/ 日本脳炎 BCG/ BCG Rotavirus/ ロタウィルス Otras/ その他 ()

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

患者氏名：

患者 ID：

¿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

¿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

¿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