

Cuestionario médico de Psiquiatría/精神科 問診票

| | | | | |
|--|--|--|--|------|
| Nombre del paciente /患者氏名 | | Será llenado por el personal hospitalario /医療機関記入欄 | BT= | ℃ |
| Fecha de nacimiento (calendario occidental, de la era cristiana) /生年月日 (西暦) | Año/年 Mes/月 Día/日 (años/歳) | | PR= | /分 |
| Estatura · peso/身長 · 体重 | _____ cm _____ kg | | BP= | mmHg |
| Alergias /アレルギーの有無 | <input type="checkbox"/> Alimentos/食べ物 <input type="checkbox"/> Medicinas/薬 | | RR= | /分 |
| | | | SPO2= | % |
| | | | <input type="checkbox"/> Masculino/男性 <input type="checkbox"/> Femenino/女性 | |

¿Qué tipo de síntomas tiene hoy?(Quien tenga varios síntomas marque según corresponda.)
/今日どのような症状がありますか。(複数ある方は複数☑してください。)

- | | | | | | |
|--|--|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Insomnio/不眠 | <input type="checkbox"/> Ansiedad/不安 | <input type="checkbox"/> Ponerse tenso/緊張する | <input type="checkbox"/> Depresión, estado de ánimo depresivo/気分が滅入る | <input type="checkbox"/> Sin ganas de hacer nada (sin ninguna motivación)/やる気が出ない | <input type="checkbox"/> Disminución en la concentración/集中力低下 |
| <input type="checkbox"/> Preocupaciones familiares/家庭の悩み | <input type="checkbox"/> Preocupaciones de trabajo/職場の悩み | <input type="checkbox"/> Preocupaciones escolares/学校の悩み | <input type="checkbox"/> Aparición de apetito anormal/食欲異常 | <input type="checkbox"/> Miedo a la gente/人が怖い | <input type="checkbox"/> Alucinaciones auditivas/幻聴・幻覚 |
| <input type="checkbox"/> Me quiero morir/死にたくなる | <input type="checkbox"/> Tiene (o presenta) síntomas en el cuerpo/身体の症状がある | <input type="checkbox"/> Palpitaciones/動悸 | <input type="checkbox"/> Dificultad al respirar/息苦しさ | <input type="checkbox"/> Me sudan las manos/手に汗をかく | <input type="checkbox"/> Mi cuerpo se mueve involuntariamente, incontinentemente/身体が勝手に動く |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de peso/体重が減る | <input type="checkbox"/> No puedo mover mi cuerpo/身体がうごかない | <input type="checkbox"/> Recomendación para consulta médica por parte de otra Institución médica o del trabajo. (incluye examen médico.)/他の医療機関から受診するように勧められた(健診含む) | | | |
| <input type="checkbox"/> Otros/その他: | | | | | |

¿Cuáles son las propiedades del síntoma?

/症状どのような性質を持っていますか。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Continúa incesantemente/絶え間なく、続いている | <input type="checkbox"/> Los síntomas aparecen y desaparecen/症状が出たり、消えたりしている |
| <input type="checkbox"/> Poco a poco está empeorando/徐々にひどくなっている | <input type="checkbox"/> Otros/その他 |

¿Desde cuando tiene estos síntomas?

/この症状はいつからありますか。

Desde : Año/年 Mes/月 Día/日 mañana/午前-tarde/午後 horas/時 minutos aproximadamente/分ごろから

¿En la actualidad se ha mejorado ese síntoma?

/現在、その症状はよくなっていますか。

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ha mejorado/よくなってきている | <input type="checkbox"/> Ha empeorado/悪くなってきている |
|--|---|

¿Actualmente está tomando algún medicamento? *Incluyendo vitaminas, nutrientes, suplementos

/現在、飲んでる薬はありますか? ※ビタミン、栄養剤、サプリメントも含まれます。

- No/いいえ Sí/はい *Quien tenga medicamentos o la libreta de medicamentos, por favor muéstrelo.
/お薬、もしくは「お薬手帳」を持っている方は、見せてください。

| | Nombre del medicamento /お薬の名前 | Modo de dosificación-Modo de uso /飲み方・使い方 | | Nombre del medicamento /お薬の名前 | Modo de dosificación-Modo de uso /飲み方・使い方 |
|---|----------------------------------|--|---|----------------------------------|--|
| ① | | | ⑥ | | |
| ② | | | ⑦ | | |
| ③ | | | ⑧ | | |
| ④ | | | ⑨ | | |
| ⑤ | | | ⑩ | | |

¿Actualmente está en tratamiento por una enfermedad, o bien en el pasado se ha sometido a un tratamiento médico?
/現在治療している病気、または過去に治療していたことはありますか？

No/いいえ Sí/はい

Quien ha marcado "Sí", elija de la lista de nombres de enfermedades y escriba el nombre de la institución médica en la que estuvo recibiendo tratamiento médico.

/「はい」に☑した人は、疾患名リストから選択し、治療していた医療機関名を書いてください。

| Nombre de la enfermedad (número en la lista de abajo) /疾患名 (下記リスト番号可) | Pasos del tratamiento /治療経過 | Nombre de la Institución Médica /医療機関名 |
|---|---|---|
| | <input type="checkbox"/> Curado/治癒 <input type="checkbox"/> Actualmente estoy en tratamiento/現在治療中 <input type="checkbox"/> Interrupción del tratamiento/治療中断 <input type="checkbox"/> Sin tratamiento/未治療 | |
| | <input type="checkbox"/> Curado/治癒 <input type="checkbox"/> Actualmente estoy en tratamiento/現在治療中 <input type="checkbox"/> Interrupción del tratamiento/治療中断 <input type="checkbox"/> Sin tratamiento/未治療 | |
| | <input type="checkbox"/> Curado/治癒 <input type="checkbox"/> Actualmente estoy en tratamiento/現在治療中 <input type="checkbox"/> Interrupción del tratamiento/治療中断 <input type="checkbox"/> Sin tratamiento/未治療 | |
| | <input type="checkbox"/> Curado/治癒 <input type="checkbox"/> Actualmente estoy en tratamiento/現在治療中 <input type="checkbox"/> Interrupción del tratamiento/治療中断 <input type="checkbox"/> Sin tratamiento/未治療 | |

<Lista de enfermedades/疾患リスト>

| Esquema de las enfermedades /疾患の系統 | Nombre de la enfermedad /疾患名 |
|---|--|
| ① Enfermedades del sistema digestivo /消化器系の疾患 | a. Úlcera de tracto digestivo /消化器潰瘍 b. Hepatitis/肝炎 c. Cirrosis hepática /肝硬変 d. Otros/その他 |
| ② Enfermedades del sistema circulatorio /循環器系の疾患 | a. Hipertensión arterial /高血圧 b. Angina de pecho, Infarto de miocardio /狭心症・心筋梗塞 c. Arritmia/不整脈 d. Insuficiencia cardíaca /心不全 e. Otros/その他 |
| ③ Enfermedades del sistema respiratorio /呼吸器系の疾患 | a. Asma/喘息 b. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica /慢性閉塞性肺疾患 c. Pulmonía, Neumonía /肺炎 d. Tuberculosis pulmonar /肺結核 e. Otros/その他 |
| ④ Enfermedad renal, enfermedades del sistema urinario /腎・泌尿器系の疾患 | a. Insuficiencia renal crónica /慢性腎不全 b. Cálculos renales y ureterales /腎・尿管結石 c. Infección del tracto urinario /尿路感染症 d. Otros/その他 |
| ⑤ Enfermedades de los nervios cerebrales /脳神経系の疾患 | a. Infarto cerebral /脳梗塞 b. Derrame cerebral /脳出血 c. Epilepsia/てんかん d. Otros/その他 |
| ⑥ Enfermedades del sistema endocrino /内分泌代謝系の疾患 | a. Diabetes /糖尿病 b. Hiperlipidemia /高脂血症 c. Trastornos de la glándula tiroidea /甲状腺機能障害 d. Hiperuricemia /高尿酸血症 e. Otros/その他 |
| ⑦ Enfermedades de músculos y huesos /骨・筋肉の疾患 | a. Reumatismo articular /関節リウマチ b. Osteoporosis /骨粗鬆症 c. Osteoartritis /変形性膝関節症 d. Hernia de disco intervertebral /椎間板ヘルニア e. Gota/痛風 f. Otros/その他 |
| ⑧ Enfermedades ginecológicas /産婦人科の疾患 | a. Mioma uterino /子宮筋腫 b. Dismenorrea, menstruación dolorosa /月経困難症 c. Esterilidad/不妊症 d. Otros/その他 |
| ⑨ Enfermedades oculares /眼の疾患 | a. Catarata/白内障 b. Glaucoma/緑内障 c. Retinopatía/網膜症 d. Otros/その他 |
| ⑩ Tumores malignos /悪性腫瘍 | a. Cáncer de estómago /胃がん b. Cáncer de colon /大腸がん c. Cáncer de hígado, vesícula biliar, páncreas /肝臓・胆のう・膵臓がん d. Cáncer de mama /乳がん e. Cáncer de útero/子宮がん f. Cáncer de pulmón/肺癌 g. Otros/その他 |
| ⑪ Enfermedades del sistema nervioso /精神の疾患 | a. Depresión/うつ病 b. Esquizofrenia /統合失調症 c. Otros/その他 |
| ⑫ Enfermedad de otorrinolaringología /耳鼻科の疾患 | a. Hipoacusia /難聴 b. Mareo/めまい c. Tinnitus (zumbido de oídos)/耳鳴 d. Polinosis/花粉症 e. Otros/その他 |
| ⑬ Enfermedades de la sangre /血液の疾患 | a. Anemia/貧血 b. Leucemia/白血病 c. Otros/その他 |
| ⑭ Enfermedades de la piel /皮膚の疾患 | a. Dermatitis atópica /アトピー性皮膚炎 b. Pie de atleta, micosis cutánea /白癬症 (水虫) c. Otros/その他 |

Hasta el momento, ¿se ha operado alguna vez?
/今までに手術をしたことがありますか。

No/いいえ Sí/はい

Quien ha marcado "Sí" escriba abajo los antecedentes quirúrgicos.
/「はい」に☑した方は下に手術歴を書いてください。

| Nombre de la enfermedad /疾患名 | Nombre de la cirugía /手術名 | Época en que se operó /手術をした時期 | Institución médica en la que fue operado(a) /手術をした医療機関 |
|---------------------------------|------------------------------|-----------------------------------|---|
| | | | |
| | | | |

※En caso de que no recuerde la fecha exacta de la cirugía, será suficiente "la edad" o "el año" en que fue operado(a)
/※詳しい手術日がわからない場合は「年齢」、「手術した年」でも構いません。

¿Acostumbra fumar?
/習慣的に、たばこを吸いますか？

No/いいえ Sí/はい Acostumbraba fumar/以前吸っていた

| Cantidad/喫煙量 | Período fumando/喫煙期間 | Año en que dejó de fumar /喫煙をやめた年 |
|----------------------------|----------------------|--------------------------------------|
| _____cigarrillos/día / 本/日 | _____año/年 | _____año/年 _____mes/月 |

*Quien actualmente sigue fumando, deje en blanco el espacio del año en que ha dejado de fumar.
/現在も喫煙を続けている方は、喫煙をやめた年は空欄のままにしておいてください。

¿Acostumbra beber alcohol?
/習慣的にお酒を飲みますか？

No/いいえ Sí/はい Antes solía beber/以前飲酒する習慣があった。

| | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cerveza/ビール _____ml/ al día/日 | <input type="checkbox"/> Whisky/ウイスキー _____ml/ al día/日 |
| <input type="checkbox"/> Licor japonés (sake)/日本酒 _____ml/ al día/日 | <input type="checkbox"/> Vino/ワイン _____ml/ al día/日 |
| <input type="checkbox"/> Otros/その他 _____ml/ al día/日 | |

Respondan sólo las mujeres. ¿Está embarazada o existe esa posibilidad?
/女性の方のみお答えください。妊娠していますか、またその可能性はありますか？

No/いいえ Sí/はい No sé/わからない

¿Actualmente está amamantando?
/現在、授乳中ですか？

No/いいえ Sí/はい

Marque con ☑ si desea saber algo sobre su consulta.
/診察でのご希望がある場合は、☑をしてください。

- Estimación aproximada de los gastos médicos /あらかじめ、医療費の概算を教えてください。
- Solicito intérprete en caso de que lo haya/通訳がある場合は、通訳を付けてほしい。
- Otros/その他：