

# Cuestionario médico de Psiquiatría/精神科 問診票

<b>Nombre del paciente /患者氏名</b>				<b>Será llenado por el personal hospitalario /医療機関記入欄</b>	BT= °C
<b>Fecha de nacimiento (calendario occidental, de la era cristiana) /生年月日 (西暦)</b>	<b>Año/年</b> (	<b>Mes/月</b> años/歳)	<b>Día/日</b>	PR= /分	
<b>Estatura · peso/身長・体重</b>	<b>cm</b>	<b>kg</b>	<b>sexo/性別</b>	BP= mmHg	
<b>Alergias /アレルギーの有無</b>	<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.)  
/今日は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 |
| Preocupaciones familiares /家庭の悩み                 | Preocupaciones de trabajo/職場の悩み                   | Preocupaciones escolares/学校の悩み  | Apetito anormal /食欲異常  | Miedo a la gente /人が怖い   | Alucinaciones auditivas alucinaciones /幻聴・幻覚                    |
| <input type="checkbox"/> Me quiero morir /死にたくなる | Tiene (o presenta) síntomas en el cuerpo/身体の症状がある | <input type="checkbox"/> Palpitaciones/動悸   | Dificultad al respirar/息苦しさ  | <input type="checkbox"/> Me sudan las manos /手に汗をかく                                | Mi cuerpo se mueve involuntariamente/inconscientemente/身体が勝手に動く |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de peso /体重が減る  | 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 exámen 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?  
/症状はどのような性質を持ってますか。

- Continúa incesantemente/絶え間なく、続いている       Los síntomas aparecen y desaparecen/症状が出たり、消えたりしている

Poco a poco está empeorando/徐々にひどくなっている       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。

- Ha mejorado/よくなっている       Ha empeorado/悪くなっている

¿Actualmente está tomando algún medicamento? \*Incluyendo vitaminas, nutrientes, suplementos /現在、飲んでいる薬はありますか？ ※ビタミン、栄養剤、サプリメントも含みます。

- 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"/> Interrupción del tratamiento/治療中断	<input type="checkbox"/> Actualmente estoy en tratamiento/現在治療中 <input type="checkbox"/> Sin tratamiento/未治療
	<input type="checkbox"/> Curado/治癒 <input type="checkbox"/> Interrupción del tratamiento/治療中断	<input type="checkbox"/> Actualmente estoy en tratamiento/現在治療中 <input type="checkbox"/> Sin tratamiento/未治療
	<input type="checkbox"/> Curado/治癒 <input type="checkbox"/> Interrupción del tratamiento/治療中断	<input type="checkbox"/> Actualmente estoy en tratamiento/現在治療中 <input type="checkbox"/> Sin tratamiento/未治療
	<input type="checkbox"/> Curado/治癒 <input type="checkbox"/> Interrupción del tratamiento/治療中断	<input type="checkbox"/> Actualmente estoy en tratamiento/現在治療中 <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 uretrales /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 tiroideas /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. Osteoarthritis /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 /月經困難症	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ほしい。
- 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 :