

Cuestionario médico de Cirugía/外科 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		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=	%	
				sexo/性別	<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。)

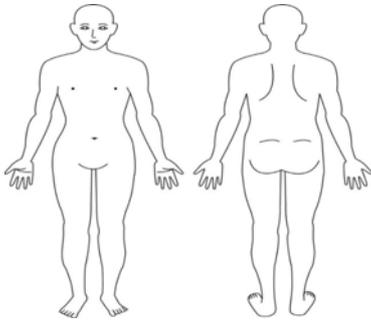
- | | | | | | |
|---|--|---|---|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Inflamación
n,hinchazón/腫脹 | <input type="checkbox"/> Dolor/痛み | <input type="checkbox"/> Bulto, protuberancia
/しこり | <input type="checkbox"/> Fiebre/発熱 | <input type="checkbox"/> Hemorroides/痔 | <input type="checkbox"/> Diarrea/下痢 |
| <input type="checkbox"/> Estreñimiento
/便秘 | <input type="checkbox"/> Excremento mezclado con
sangre
/便に血が混じる | <input type="checkbox"/> Pérdida de peso
/体重減少 | <input type="checkbox"/> Pérdida de apetito
/食欲がない | <input type="checkbox"/> Nauseas/吐き気 | <input type="checkbox"/> Vómitos/嘔吐 |
| <input type="checkbox"/> Dificultad de deglución
/食事がのどにつかえる | <input type="checkbox"/> Lesión,herida/けが | <input type="checkbox"/> Torcedura/ねんざ | <input type="checkbox"/> Recomendaciones de otra institución médica para hacerse ver en otro hospital. (Se incluye un 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 : | | | | | |

Marque el cuadro que mejor describe el estado de las heces
/便の性状に☑してください。

- | | | | | | |
|--|--|---|--|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Color blanco grisá
seo/灰白色 | <input type="checkbox"/> Color café/茶色 | <input type="checkbox"/> Color negro/黒色 | <input type="checkbox"/> Sangre en las
heces/血便 | <input type="checkbox"/> Acuoso/水様 | <input type="checkbox"/> Heces blandas
/軟便 |
| <input type="checkbox"/> Normal/普通 | <input type="checkbox"/> Heces duras
/硬い便 | *la frecuencia de defecaciones (movimientos
intestinales)/一日の排便回数 _____por/回/día/日 | | | |

Preguntas acerca de los síntomas.
/症状についてご質問します。

Señale el sitio del síntoma con un círculo.
/症状のある部分に○を付けて下さい。



¿En qué situación aparecen los síntomas?
/症状はどのようなときに出現しますか。

- | | | | |
|--|--|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Mañana/朝 | <input type="checkbox"/> Tarde/昼 | <input type="checkbox"/> Noche/夕方 | <input type="checkbox"/> Al levantarse
/起床時 |
| <input type="checkbox"/> Durmiendo
/就寝中 | <input type="checkbox"/> Irregular
/不定期 | <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 : |

¿Cuál es el estado del síntoma si se sitúa en la escala del 0 al 10? Marque con un círculo el número que corresponda.
/その症状の程度を数字で表すと、どのぐらいですか?下の数字のところに○を付けてください。



¿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

¿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 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, menstruaci ón 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 cut ánea /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 :