

Cuestionario médico de Neurocirugía/脳神経外科 問診票

Nombre del paciente /患者氏名				Será llenado por el personal hospitalario /医療機関記入欄	BT=	°C
Fecha de nacimiento (calendario occidental, de la era cristiana) /生年月日 (西暦)	Año/年 (Mes/月 años/歳)	Día/日		PR=	/分
Estatura · peso/身長・体重	cm	kg	sexo/性別		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"/> Dolor de cabeza /
頭痛 | <input type="checkbox"/> Sensación
pesada,abotagada de la
cabeza/頭重感 | <input type="checkbox"/> Mareos/めまい | <input type="checkbox"/> Náuseas/吐き気 | <input type="checkbox"/> Vómitos/嘔吐 | <input type="checkbox"/> Entumecimiento
/しびれ |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad para
caminar/歩行障害 | <input type="checkbox"/> Discapacidad visual (diplopía,visión doble · Defectos en el
campo visual) /視力障害 (複視・視野欠損) | | <input type="checkbox"/> Entumecimiento de
manos y pies
/手足がしびれる | <input type="checkbox"/> Dolor al mover el cuello
/首をうごかすと痛い | <input type="checkbox"/> Disturbación de la
conciencia/意識障害 |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de
audición/難聴 | <input type="checkbox"/> Tinnitus (zumbido
de oídos)/耳鳴 | <input type="checkbox"/> Parálisis/麻痺 | <input type="checkbox"/> No me salen las palabras, hablo inarticuladamente
/ことばが出てにくい、呂律が回らない | | |
| <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: | | | | | |

Para quien continúa con los síntomas arriba mencionados, ¿desde cuándo tiene los síntomas? /上記症状が持続している方は、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

Quien tuvo temporalmente los síntomas arriba mencionados, ¿cuándo comenzaron y finalizaron los síntomas? /上記症状が一時的であった方は、この症状はいつ始まりいつ終わりましたか。

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

Hasta : Año/年 Mes/月 Día/日 mañana/午前 tarde/午後 horas/時 minutos aproximadamente/分ごろまで

¿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

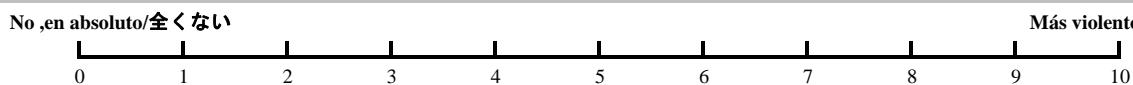
Poco a poco está empeorando/徐々にひどくなっている Otros/その他

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

Mañana/朝 Tarde/昼 Noche/夕方 Al levantarse
/起床時 Durmiendo
/就寝中 Irregular/不定期 Otros/その他

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

No ,en absoluto/全くない Más viejo



¿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 Si/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. 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 :