

Cuestionario médico de Ginecología/産婦人科 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
	(años/歳)				BP=	mmHg
Estatura · peso/身長 · 体重	cm kg				RR=	/分
Alergias /アレルギーの有無	<input type="checkbox"/> Alimentos/食べ物 <input type="checkbox"/> Medicinas/薬			SPO2=	%	

¿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"/> Embarazo/妊娠 | <input type="checkbox"/> Menstruación irregular/月経異常 | <input type="checkbox"/> Cólico menstrual /月経痛 | <input type="checkbox"/> Flujo/おりもの | <input type="checkbox"/> Hemorragia anormal /不正出血 | <input type="checkbox"/> Dolor al orinar /排尿時痛 |
| <input type="checkbox"/> Dificultad al orinar /尿がでにくい | <input type="checkbox"/> Orina con sangre /尿に血が混じる | <input type="checkbox"/> Orina con pus /尿に膿が混じる | <input type="checkbox"/> Absceso, folículo en el perineo /会陰部にできもの | <input type="checkbox"/> Inflamación rojiza /赤く腫れている | <input type="checkbox"/> Me duele /痛みがある |
| <input type="checkbox"/> Comezón /かゆみ | <input type="checkbox"/> Incontinencia de orina/尿失禁 | <input type="checkbox"/> Incontinencia fecal /便失禁 | <input type="checkbox"/> Prolapso uterino /子宮脱 | <input type="checkbox"/> Consulta de infertilidad /不妊の相談 | <input type="checkbox"/> Vómitos/嘔吐 |
| <input type="checkbox"/> Náuseas/嘔気 | <input type="checkbox"/> Exámen clínico de cáncer/がん健診 | <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 : | | | | | |

Acerca del período menstrual
/月経についてお伺いします。

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> ¿Cuándo comenzó a menstruar?/月経がはじまったのはいつですか。 | edad/ 年齢 | a los | años/歳ごろ |
| <input type="checkbox"/> ¿Cuándo dejó de menstruar?/ 月経が終わったのはいつですか。 | edad/ 年齢 | a los | años/歳ごろ |
| <input type="checkbox"/> ¿Cuántos días dura su ciclo menstrual?/月経周期は何日ですか | _____ Tipo...días/日型 | <input type="checkbox"/> Irregular/不定期で不順 | |
| <input type="checkbox"/> ¿Cuál es el promedio de días que dura la menstruación?/平均月経持続日数は何日ですか | _____ días/日間 | | |
| <input type="checkbox"/> ¿Qué cantidad menstrúa?/月経の量はどのぐらいですか | <input type="checkbox"/> Poco/inferior a... /少ない | <input type="checkbox"/> Normal/普通 | <input type="checkbox"/> Mucho/gran cantidad de.../多い |
| <input type="checkbox"/> ¿Tiene dolores menstruales?/ 月経痛はありますか | <input type="checkbox"/> No/いいえ | <input type="checkbox"/> Si/はい | |

→Quien ha respondido "sí" y esté tomando analgésicos, por favor escriba el nombre del analgésico / 「はい」と答えた方で鎮痛剤を使用されている方は、鎮痛剤も書いてください

- | | | | |
|---|-------|-------|-------|
| <input type="checkbox"/> ¿Cuándo fue su última fecha de menstruación? /最終月経はいつですか | año/年 | mes/月 | día/日 |
|---|-------|-------|-------|

¿Ya ha tenido relaciones sexuales?
/今までに性交渉の経験がありますか。

- No/いいえ Si/はい

¿Se ha hecho alguna vez un examen de cáncer de útero o Papanicolau?
/子宮がん検診を受けたことがありますか。

- No/いいえ Si/はい *Quien alguna vez lo ha recibido, por favor escriba la fecha/ 受けたことがある方は日付を書いてください
- año/年 mes/月 día/日

¿Alguna vez ha estado tomando píldoras, (anticonceptivos)?
/ピル (避妊薬) を飲んでいたことがありますか。

- No/いいえ Si/はい

¿Está embarazada o existe esa posibilidad?
/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 Si/はい (_____ semanas/週) No sé/わからない

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

- No/いいえ Si/はい

Le preguntaremos sobre sus embarazos anteriores. Quien tenga la libreta materno infantil (Boshi Kenko Techo) de los embarazos anteriores, por favor téngalas preparadas. / 妊娠歴についてお伺いします※過去の妊娠の時の母子手帳をお持ちの方は母子手帳を用意してください。

- No he tenido embarazo/妊娠したことがない → Quien ha marcado "Si" en "alguna vez he quedado embarazada" escriba abajo acerca de los embarazos pasados/「妊娠したことがある」に☑された方は下の妊娠歴をお書きください。
 He tenido embarazo/妊娠したことがある

	Año Mes Día/年月日	parto/分娩	Hubo o no aborto /流産の有無	Hubo o no anomalía en el embarazo /異常妊娠の有無	Cantidad de semanas /週数
Primer hijo /1人目	Año/年 Mes/月 Día/日	<input type="checkbox"/> Parto normal/経産分娩 <input type="checkbox"/> Cesárea/帝王切開	<input type="checkbox"/> Aborto natural /自然流産 <input type="checkbox"/> Aborto provocado /人工流産	<input type="checkbox"/> Hay/あり <input type="checkbox"/> No hay/なし	_____ semanas/週
Segundo hijo /2人目	Año/年 Mes/月 Día/日	<input type="checkbox"/> Parto normal/経産分娩 <input type="checkbox"/> Cesárea/帝王切開	<input type="checkbox"/> Aborto natural /自然流産 <input type="checkbox"/> Aborto provocado /人工流産	<input type="checkbox"/> Hay/あり <input type="checkbox"/> No hay/なし	_____ semanas/週
Tercer hijo /3人目	Año/年 Mes/月 Día/日	<input type="checkbox"/> Parto normal/経産分娩 <input type="checkbox"/> Cesárea/帝王切開	<input type="checkbox"/> Aborto natural /自然流産 <input type="checkbox"/> Aborto provocado /人工流産	<input type="checkbox"/> Hay/あり <input type="checkbox"/> No hay/なし	_____ semanas/週
Cuarto hijo /4人目	Año/年 Mes/月 Día/日	<input type="checkbox"/> Parto normal/経産分娩 <input type="checkbox"/> Cesárea/帝王切開	<input type="checkbox"/> Aborto natural /自然流産 <input type="checkbox"/> Aborto provocado /人工流産	<input type="checkbox"/> Hay/あり <input type="checkbox"/> No hay/なし	_____ semanas/週
Quinto hijo /5人目	Año/年 Mes/月 Día/日	<input type="checkbox"/> Parto normal/経産分娩 <input type="checkbox"/> Cesárea/帝王切開	<input type="checkbox"/> Aborto natural /自然流産 <input type="checkbox"/> Aborto provocado /人工流産	<input type="checkbox"/> Hay/あり <input type="checkbox"/> No hay/なし	_____ semanas/週

**¿En el pasado, ha habido alguna anomalía durante el embarazo o al momento del parto?
過去に妊娠中・分娩時などの異常はありましたか**

- No/いいえ Si/はい → Quien ha marcado "Si" marque los siguientes puntos según corresponda /「はい」に☑された方は、下の項目で当てはまるものに、☑してください。
- Hipertensión arterial/高血圧 Diabetes/糖尿病 Hinchazón/むくみ Urgencia de parto prematuro/切迫早産
 Dificultad en parar la hemorragia /出血が止まりにくかった Convulsión, espasmo /けいれん Otros/その他

**Para quien esté embarazada, ¿desea dar a luz en este hospital?
妊娠の方は当院での出産を希望されますか。**

- No/いいえ Si/はい

**Quien tenga síntomas, ¿cuál es la propiedad de ese síntoma?
症状がある方は、その症状はどのような性質を持っていますか。**

- 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 cuándo 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 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	

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 :