

患者氏名 :
患者ID :

Español/スペイン語

Cuestionario médico para la anestesia/麻酔問診票

Nombre del paciente /患者氏名								
Fecha de nacimiento /生年月日	Año/年	Mes/月	Día/日	Edad/年齢	Años/歳	Sexo/性別	<input type="checkbox"/> Masculino/男	<input type="checkbox"/> Femenino/女

Antes de administrarle anestésicos, necesitamos saber acerca de su estado físico. Por favor conteste a las siguientes preguntas lo mejor que pueda.
/麻酔を行うにあたり、貴方のお体の状態を確認いたします。お分かりになる範囲で結構ですので、以下の質問にお答えください。

Favor de checar en lo que a usted le corresponda./あてはまるものにチェックしてください。

1. ¿Hasta ahora, se ha sometido a alguna operación o tratamiento médico con el uso de la anestesia?

/今までに手術・処置などで麻酔を受けたことがありますか。

- No/いいえ
 Sí/はい

Nombre de la operación o tratamiento médico/手術・処置名: _____

2. ¿Actualmente está en tratamiento por alguna enfermedad, o bien en el pasado se ha sometido a algún tratamiento médico?

/現在治療を受けている、あるいは過去に治療を受けた病気がありますか。

- No/いいえ
 Sí/はい

Quien ha marcado (Sí), elija de la lista de abajo el nombre de la enfermedad.
/「はい」と答えた方は該当の病名を下記から選んでください。

Hipertensión arterial/高血圧

Diabetes/糖尿病

Hiperlipidemia/高脂血症

Enfermedades cardíacas/心臓の病気

Quien ha marcado (Sí) con , elija de la lista de abajo el nombre de la enfermedad.

/「心臓の病気」にした方は該当の病名を下記から選んでください。

- Angina de pecho, infarto del miocardio/狭心症・心筋梗塞
 Enfermedad cardíaca valvular/心臓弁膜症
 Insuficiencia cardíaca/心不全
 Otras enfermedades cardíacas/その他の心臓病 :

Enfermedades pulmonares o respiratorias/肺・呼吸器の病気

Quien ha marcado (Sí) con , elija de la lista de abajo el nombre de la enfermedad.

/「肺・呼吸器の病気」にした方は該当の病名を下記から選んでください。

- Asma/喘息 Enfisema pulmonar/肺気腫
 Otras enfermedades pulmonares o respiratorias /その他の肺・呼吸器の病気 :

Enfermedades hepáticas/肝臓の病気

Quien ha marcado (Sí) con , elija de la lista de abajo el nombre de la enfermedad.

/「肝臓の病気」にした方は該当の病名を下記から選んでください。

- Hepatitis viral(A.B.C.)/ウイルス性肝炎 (A・B・C)
 Cirrosis/肝硬変
 Otras enfermedades hepáticas/その他の肝臓の病気 :

Enfermedades renales/腎臓の病気

Quien ha marcado (Sí) con , elija de la lista de abajo el nombre de la enfermedad.

/「腎臓の病気」にした方は該当の病名を下記から選んでください。

- Nefropatía diabética/糖尿病性腎症
 Síndrome nefrótico/ネフローゼ症候群
 Nefritis glomerular/糸球体腎炎
 Otras enfermedades renales/その他の腎臓の病気 :

患者氏名：
患者ID：

Español/スペイン語

Enfermedades cerebrales/脳の病気

Quien ha marcado (Sí) con , elija de la lista de abajo el nombre de la enfermedad.

/「脳の病気」にした方は該当の病名を下記から選んでください。

- Derrame cerebral, Infarto cerebral/脳出血・脳梗塞
- Convulsiones, Epilepsia/痙攣・てんかん
- Otras enfermedades cerebrales/その他の脳の病気：

Enfermedades gastrointestinales/胃腸の病気

Quien ha marcado (Sí) con , elija de la lista de abajo el nombre de la enfermedad.

/「胃腸の病気」にした方は該当の病名を下記から選んでください。

- Gastritis crónica/慢性胃炎
- Otras enfermedades gastrointestinales/その他の胃腸の病気：

Enfermedades oculares/眼の病気

Quien ha marcado (Sí) con , elija de la lista de abajo el nombre de la enfermedad.

/「眼の病気」にした方は該当の病名を下記から選んでください。

- Glaucoma (anomalías de la presión intraocular)/緑内障（眼圧の異常）
- Catarata/白内障
- Otras enfermedades oculares/その他の眼の病気：

Enfermedades de los huesos y músculos/骨や筋肉の病気

Quien ha marcado (Sí) con , elija de la lista de abajo el nombre de la enfermedad.

/「骨や筋肉の病気」にした方は該当の病名を下記から選んでください。

- Reumatismo articular/関節リウマチ
- Osteoporosis/骨粗鬆症
- Hernia de disco intervertebral/椎間板ヘルニア
- Otras enfermedades de los huesos y músculos/その他の骨や筋肉の病気：

Otros/その他:

3. ¿Actualmente está tomando algún medicamento o suplementos?/薬やサプリメントを飲んでいますか。

- No/いいえ
- Sí/はい

Nombre de la medicina/薬品名：

4. ¿Le ha salido urticaria por alguna medicina o alimento, o le ha sido difícil respirar?

/薬や食物でじんましんが出たことや、息が苦しくなったことはありますか。

- No/いいえ
- Sí/はい

- Nombre de la medicina/薬品名：
- Nombre del alimento/食べもの：
- Otros/その他：

5. ¿Acostumbra tomar bebidas alcohólicas?/お酒を飲みますか。

- No/いいえ
- Sí/はい

- Cerveza/ビール： ml / al día/日
- Vino de arroz (sake)/日本酒： ml / al día/日
- Whisky/ウイスキー： ml / al día/日
- Vino/ワイン： ml / al día/日
- Otros/その他：

6. ¿Acostumbra fumar?/煙草を吸いますか。

- No/いいえ
- Sí/はい

Desde los _____ años/歳から Hasta los _____ años/歳まで _____ cigarillos/本/al día/日

患者氏名：
患者ID：

Español/スペイン語

7. **¿Tiene dentadura postiza, coronas o dientes flojos?/入れ歯、差し歯、ぐらぐらしている歯はありますか。**

- No/いいえ
 Sí/はい

8. **¿Puede subir todas las gradas al piso superior?/一つ上の階まで、階段を歩いてのぼれますか。**

- No/いいえ
 Sí/はい

9. **¿Tiene dificultad en parar la hemorragia, le sale sangre con frecuencia?**

/血が止まりにくい、血が出やすいことはありますか。

- No/いいえ
 Sí/はい

10. **Algún miembro de su familia, ¿ha tenido problemas con la cirugía y/o la anestesia?**

/ご家族（血縁）の中で、手術・麻酔を受けた時に問題があった方はいますか。

- No/いいえ
 Sí/はい

11. **(Solo para mujeres), ¿está embarazada o existe esa posibilidad?**

/（女性の方のみ）妊娠している可能性はありますか。

- No/いいえ
 Sí/はい

→Quien ha marcado (sí) con , escriba abajo cuántas semanas de embarazo tiene.

/「はい」をした方は、以下に妊娠の週数を書いて下さい

(semanas/週)

- No sé/わからない

Si hay alguna pregunta, preocupación o deseo sobre la anestesia, diga al personal por favor.

/麻酔に関して、ご質問、心配なこと、希望がありましたら、スタッフまでお伝えください。