

## Cuestionario médico de Psiquiatría/精神科 問診票

<b>Nombre del paciente</b> /患者氏名		<b>Será llenado por el personal hospitalario</b> /医療機関記入欄	BT=	℃
<b>Fecha de nacimiento</b> (calendario occidental, de la era cristiana) /生年月日 (西暦)	Año/年      Mes/月      Día/日 (      años/歳)		PR=	/分
<b>Estatura · peso/身長 · 体重</b>	_____ cm      _____ kg	BP=	mmHg	
<b>Allergies</b> /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"/> 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/集中度低下                            |
| <input type="checkbox"/> Preocupaciones familiares/家庭の悩み | <input type="checkbox"/> Preocupaciones de trabajo/職場の悩み                   | <input type="checkbox"/> Preocupaciones escolares/学校の悩み  | <input type="checkbox"/> Aparición de apetito anormal/食欲異常           | <input type="checkbox"/> Miedo a la gente/人が怖い                                    | <input type="checkbox"/> Alucinaciones auditivas/幻聴・幻覚                                    |
| <input type="checkbox"/> Me quiero morir/死にたくなる          | <input type="checkbox"/> Tiene (o presenta) síntomas en el cuerpo/身体の症状がある | <input type="checkbox"/> Palpitaciones/動悸  | <input type="checkbox"/> Dificultad al respirar/息苦しさ                 | <input type="checkbox"/> Me sudan las manos/手に汗をかく                                | <input type="checkbox"/> 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           | <input type="checkbox"/> No puedo mover mi cuerpo/身体がうごかない                 | Recomendación para consulta médica por parte de otra Institución médica o del trabajo.<br>(incluye examen médico.) / 他の医療機関 (健診施設含む) で受診を勧められた |  |   |   |
| <input type="checkbox"/> Otros/その他 :                     |  |  |  |   |   |

**¿Cuáles son las propiedades del síntoma?**  
/症状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   |

**¿Desde cuándo tiene éstos 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/よくなってきている       Ha empeorado/悪くなってきている

**Actualmente está tomando algún medicamento? \*Incluyendo vitaminas, nutrientes, suplementos**  
/現在、飲んでる薬はありますか? ※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
_____ al día/日	_____ año/年 _____ mes/月	_____ año/年

\*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 _____/al día/日	<input type="checkbox"/> Whisky/ウイスキー _____/al día/日
<input type="checkbox"/> Licor japonés (sake)/日本酒 _____/al día/日	<input type="checkbox"/> Vino/ワイン _____/al día/日
<input type="checkbox"/> Otros/その他 _____/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 :