

Cuestionario médico de Cirugía Ortopédica/整形外科 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 (años/歳)		PR=	/分
Estatura · peso/身長 · 体重	cm kg		BP=	mmHg
Allergies /アレルギーの有無	☐ Alimentos/食べ物 ☐ Medicinas/薬		RR=	/分
			SPO2=	%
			☐ Masculino/男性 ☐ Femenino/女性	

¿Cuáles son los síntomas que tiene? (Quien tenga varios síntomas marque según corresponda.)
/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。)

☐ Inflamación, hinchazón/腫脹

☐ Dolor/痛み

☐ Fiebre/発熱

☐ Entumecimiento/しびれ

☐ Torcedura/ねんざ

☐ No puedo doblar las articulaciones/関節が曲げられない

☐ Lesión, herida/けが

☐ Torticollis (tensión muscular en los hombros)/肩こり

☐ Dislocación/脱臼

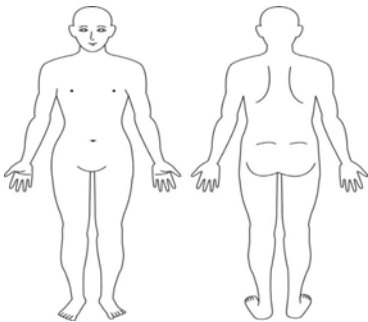
☐ Dificultad al mover las extremidades, manos y pies/手足が動きにくい

☐ Recomendaciones de otra institución médica para hacerse ver en otro hospital. (Se incluye un examen médico.)
/他の医療機関(健診施設含む)で受診を勧められた

☐ Otros/その他 :

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。



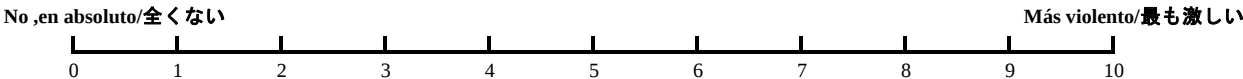
¿En qué situación aparecen los síntomas?
/症状はどのようなときに出現しますか。

- ☐ Mañana/朝
- ☐ Tarde/昼
- ☐ Noche/夕方
- ☐ Al despertar/起床時
- ☐ Durmiendo/就寝中
- ☐ Irregular/不定期
- ☐ 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。

- ☐ 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 :

¿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 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

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
		☐ Curado/治癒 ☐ Interrupción del tratamiento治療中断	☐ Actualmente estoy en tratamiento現在治療中 ☐ Sin tratamiento未治療	
		☐ Curado/治癒 ☐ Interrupción del tratamiento治療中断	☐ Actualmente estoy en tratamiento現在治療中 ☐ Sin tratamiento未治療	
		☐ Curado/治癒 ☐ Interrupción del tratamiento治療中断	☐ Actualmente estoy en tratamiento現在治療中 ☐ Sin tratamiento未治療	
		☐ Curado/治癒 ☐ Interrupción del tratamiento治療中断	☐ Actualmente estoy en tratamiento現在治療中 ☐ 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 tiroides /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。

☐ Cerveza/ビール	_____ /al día/日	☐ Whisky/ウイスキー	_____ /al día/日
☐ Licor japonés (sake)/日本酒	_____ /al día/日	☐ Vino/ワイン	_____ /al día/日
☐ 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：