

Cuestionario médico de Oftalmología/眼科 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	
Allergias /アレルギーの有無	<input type="checkbox"/> Alimentos/食べ物 <input type="checkbox"/> Medicinas/薬			SPO2=	%	
				sexo/性別	<input type="checkbox"/> Masculino/男性 <input type="checkbox"/> Femenino/女性	

¿En qué parte del cuerpo tiene los síntomas por los que ha venido hoy?
/今日はどの部位の症状でこられましたか

- Ojo derecho/右眼 Ojo izquierdo/左眼 Ambos ojos/両眼 Alrededor, en el contorno de los ojos/眼の周囲 Párpado/瞼

¿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。)

- | | | | | | |
|---|---|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dificultad de ver
/見えにくい | <input type="checkbox"/> Lagaña/目やに | <input type="checkbox"/> Comezón/かゆみ | <input type="checkbox"/> Inflamación
/腫れ | <input type="checkbox"/> Dolor en los ojos
/眼の痛み | <input type="checkbox"/> Ojos secos
/眼が乾燥する |
| <input type="checkbox"/> Siento algo en el ojo(cuerpo extraño)
/眼の異物感 | <input type="checkbox"/> Veo las cosas en doble
/物が二重に見える | <input type="checkbox"/> Veo las cosas distorsionadas
/物が歪んで見える | <input type="checkbox"/> Deslumbrante
/まぶしい | <input type="checkbox"/> Lagrimeo
/涙が出る | <input type="checkbox"/> Falta en el campo visual
/視界が欠けて見える |
| <input type="checkbox"/> Veo un punto negro
/黒い点が見える | <input type="checkbox"/> Absceso, forúnculo
/できもの | <input type="checkbox"/> Hiperemia/充血 | <input type="checkbox"/> Veo una luz brillante dentro de mi campo visual
/視野にキラキラした光が見える | | |
| <input type="checkbox"/> Tengo algo dentro del ojo
/眼の中に何かが入った | Escriba qué es lo que le entró en el ojo
/眼の中に入ったものを書いてください: | | | | |
| <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(健診施設含む)で受診を勧められた | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Otros/その他: | | | | | |

¿Desde cuándo tiene los síntomas mencionados arriba?
/上記症状はいつからありますか。

Desde : año/年 mes/月 día/日 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		

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 :