

患者氏名：  
患者ID：

Español/スペイン語

### Cuestionario médico para la anestesia/麻酔問診票

<b>Nombre del paciente /患者氏名</b>								
<b>Fecha de nacimiento /生年月日</b>	Año/年	Mes/月	Día/日	<b>Edad/年齢</b>	Años/歳	<b>Sexo/性別</b>	<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.

/「はい」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.

/「はい」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.

/「はい」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.

/「はい」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：

##### Enfermedades cerebrales/脳の病気

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

/「はい」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

患者氏名：  
患者ID：

Español/スペイン語

- 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.  
/「はい」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.  
/「はい」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.  
/「はい」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せんか。**

- 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が出了ことや、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： /al dia/日  
 Vino de arroz (sake)/日本酒： /al dia/日  
 Whisky/ウイスキー： /al dia/日  
 Vino/ワイン： /al dia/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 dia/日

**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?**

患者氏名：

患者ID：

Español/スペイン語

/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)

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。