

Cuestionario médico de Pediatría/小児科 問診票

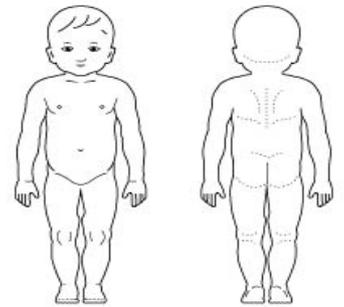
Nombre del paciente /患者氏名				Será llenado por el personal hospitalario /医療機関記入欄	BT=	℃
Fecha de nacimiento (calendario occidental, de la era cristiana) /生年月日 (西暦)	Año/年	Mes/月	Día/日		PR=	/分
Estatura · peso/身長 · 体重	cm kg			BP=	mmHg	
Allergias /アレルギーの有無	<input type="checkbox"/> Alimentos/食べ物 : <input type="checkbox"/> Medicinas/薬 :			RR=	/分	
				SPO2=	%	
				sexo/性別	<input type="checkbox"/> Masculino/男性 <input type="checkbox"/> Femenino/女性	

※A la persona que tiene la libreta materno infantil (Boshi Kenko Techo) y la libreta de medicamentos (Okusuri Techo) se le solicita traerlas consigo al hospital./母子健康手帳、お薬手帳をお持ちの方はご用意ください。

¿Qué tipo de síntomas tiene hoy?(Quien tenga varios síntomas marque según corresponda.)
/本日はどのような症状で来られましたか。(複数ある方は複数☑してください。)

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Fiebre/熱 | <input type="checkbox"/> Dolor/痛み | <input type="checkbox"/> Tos/咳 | <input type="checkbox"/> Secreción nasal (moco) líquido/鼻汁 |
| <input type="checkbox"/> Congestión nasal /鼻づまり | <input type="checkbox"/> Vómitos/嘔吐 | <input type="checkbox"/> Diarrea/下痢 | <input type="checkbox"/> Náuseas/吐き気 |
| <input type="checkbox"/> Defecación con sangre /血便 | <input type="checkbox"/> Urticaria /じんましん | <input type="checkbox"/> Eczema/湿疹 | <input type="checkbox"/> Moretón/あざ |
| <input type="checkbox"/> Absceso,forúnculo /できもの | <input type="checkbox"/> Erupción/発疹 | <input type="checkbox"/> Resequedad en la piel /皮膚の乾燥 | <input type="checkbox"/> Dermatitis atópica /アトピー |
| <input type="checkbox"/> Mal humor /機嫌がわるい | <input type="checkbox"/> Pérdida de apetito /食欲がない | <input type="checkbox"/> No toma leche /ミルクを飲まない | <input type="checkbox"/> Convulsión,espasmo /けいれん |
| <input type="checkbox"/> Desmayo, perder la conciencia /意識がなくなる | <input type="checkbox"/> Dolor en el oído /耳痛 | <input type="checkbox"/> Consulta sobre desarrollo /発達相談 | <input type="checkbox"/> Vacunación /ワクチン接種 |
| <input type="checkbox"/> Consulta sobre el cuidado de los niños/育児相談 | <input type="checkbox"/> Consulta sobre alergias /アレルギーの相談 | | |
| <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 : | | | |

Señale el sitio del síntoma con un círculo.
/症状のある部位に○を付けてください。



*A la persona que marcó el cuadro que describe que "Se le recomendó en una revisión médica que viera a un doctor." se le solicita marcar el cuadro que corresponda./「健診で受診を勧められた」に☑された方は、当てはまるものを☑してください。

- | | | | | |
|---|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Anomalía en el electrocardiograma /心電図異常 | <input type="checkbox"/> Estatura baja/低身長 | <input type="checkbox"/> Poco aumento de peso /体重増加不良 | <input type="checkbox"/> Anormalidad en el análisis de orina/尿検査異常 | <input type="checkbox"/> Retraso en el habla(palabras) /言葉のおくれ |
| <input type="checkbox"/> Otros/その他 : | | | | |

¿Hay alguna enfermedad que está prevaleciendo en la escuela, guardería y familiares?
/学校や保育所、家族内で流行している病気はありますか。

- No hay/なし Hay/あり
- *A la persona que marcó "SP" en el cuadro se le solicita marcar el cuadro de que enfermedad está prevaleciendo. /「あり」に☑された方は、どの病気が行っているか、☑してください。
- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Varicela /みずぼうそう | <input type="checkbox"/> Paperas /おたふくかぜ | <input type="checkbox"/> Infección estreptocócica/溶連菌感染症 | <input type="checkbox"/> Infección por el adenovirus/アデノウイルス感染症 | <input type="checkbox"/> Eritema infecciosa /りんご病 | <input type="checkbox"/> Fiebre aftosa /手足口病 |
| <input type="checkbox"/> Herpangina /ヘルパンギーナ | <input type="checkbox"/> Influenza /インフルエンザ | <input type="checkbox"/> Gastroenteritis infecciosa /感染性胃腸炎 | <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

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 muéstrela. /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			③		
②			④		

Describe cómo fue el parto. *A la persona que tiene la libreta materno infantil y la libreta de vacunación (Wakuchin Techo) se le solicita mostrarlas al personal. /生まれた時のことを、お書きください。※母子健康手帳をお持ちの方は、手帳をスタッフに渡してください。

¿Se le diagnosticó alguna anomalía en el parto?

/分娩時に異常がありましたか

- No/いいえ Sí/はい No sé/わからない

*A la persona que marcó "Sí" en el cuadro se le solicita describir que tipo de anomalía ha tenido.

/「はい」に☑された方は、どのような異常があったか書いてください。

- Posición de la pelvis/骨盤位 Enrollamiento del cordón umbilical/臍帯巻絡 Cesárea/帝王切開 Aparente muerte neonatal/新生児仮死

Al nacer /出生時

el número de semanas al nacer : _____semanas/週 _____días/日 peso/体重 : _____gr/g
/出生時週数

estatura/身長 : _____cm perímetro de la cabeza /頭囲 : _____cm perímetro del pecho /胸囲 : _____cm

Antes de venir a nuestro hospital, ¿ha visitado otro hospital?

/当院に来るまでに、ほかの病院にかかられましたか。

- No/いいえ Sí/はい

*A la persona que marcó "Sí" en el cuadro se le solicita describir el nombre de la institución médica donde estaba recibiendo tratamiento médico./「はい」に☑した人は、治療していた医療機関名を書いてください。

	día de la consulta médica /受診日	Nombre de la Institución Médica /医療機関名	con o sin receta /処方の有無
①			<input type="checkbox"/> Hay/あり <input type="checkbox"/> No hay/なし
②			<input type="checkbox"/> Hay/あり <input type="checkbox"/> No hay/なし

Describe si está actualmente en algún tratamiento médico o se ha enfermado en el pasado.

/現在、治療中、または過去の病気があればお書きください。

- No/いいえ Sí/はい

*A la persona que marcó "Sí" en el cuadro se le solicita describir el nombre de la institución médica donde estaba recibiendo tratamiento médico./「はい」に☑した人は、治療していた医療機関名を書いてください。

	Nombre de la enfermedad /疾患名	Pasos del tratamiento /治療経過		Nombre de la Institución Médica /医療機関名
①		<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	
②		<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	

Háganos saber sus patrones de comidas actuales.

/現在の食事の形態を教えてください。

- leche/哺乳 Nutrición de leche materna/母乳栄養 _____ml/día/ml/日 Nutrición mixta/混合栄養 _____vez(veces)/día/回/日 Nutrición artificial/人工栄養
- Papillas (alimento para lactantes)/離乳食 Período, etapa inicial/初期 Período intermedio/中期 Período final/後期
- *el número de comidas/食事回数 Una vez/1回 Dos veces/2回 Tres veces/3回
- Nutrición adicional de leche a seguir/フォローアップミルク _____ml/día/ml/日 _____vez(veces)/día/回/日
- Alimentos sólidos/固形食
- *el número de comidas/食事回数 Una vez/1回 Dos veces/2回 Tres veces/3回

Describe abajo su historial de vacunación. A la persona que tiene la libreta materno infantil y la libreta de vacunación (Wakuchin Techo) se le solicita mostrarlas al personal. /ワクチン接種歴を下記に書いてください。母子手帳、ワクチン手帳をお持ちの方は、スタッフに見せてください。

- Haemophilus influenza tipo b/Hib _____time(s)/回 Neumonía estreptocócica/肺炎球菌 _____time(s)/回 Vacuna cuádruple (DPT-IPV) /4種混合 (DPT-IPV) _____time(s)/回
- Hepatitis tipo B/B型肝炎 _____time(s)/回 BCG/BCG _____time(s)/回 MR/MR _____time(s)/回
- Varicela/水痘 _____time(s)/回 Encefalitis japonesa /日本脳炎 _____time(s)/回 Virus rota/ロタ _____time(s)/回
- Paperas/おたふくかぜ _____time(s)/回 Vacuna triple(DPT) /3種混合(DPT) _____time(s)/回 Polio oral/経口ポリオ _____time(s)/回
- Polio inactivada /不活化ポリオ _____time(s)/回 Hepatitis tipo A /A型肝炎 _____time(s)/回 Sarampión/麻疹 _____time(s)/回
- Rubeola/風疹 _____time(s)/回 MMR/MMR _____time(s)/回 Otras vacunas /その他のワクチン : _____time(s)/回

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 :