

Cuestionario médico de Cirugía/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		PR=	/分
Estatura · peso/身長 · 体重	cm kg			sexo/性別	<input type="checkbox"/> Masculino/男性	<input type="checkbox"/> Femenino/女性
Allergias /アレルギーの有無	<input type="checkbox"/> Alimentos/食べ物 <input type="checkbox"/> Medicinas/薬			BP=	mmHg	
				RR=	/分	
				SPO2=	%	

¿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。)

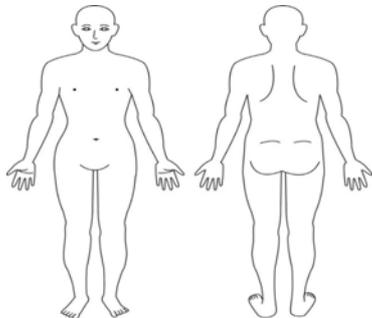
- | | | | | | |
|--|--|--|--|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Inflamación n, hinchazón/腫脹 | <input type="checkbox"/> Dolor/痛み | <input type="checkbox"/> Bulto, protuberancia /しこり | <input type="checkbox"/> Fiebre/発熱 | <input type="checkbox"/> Hemorroides/痔 | <input type="checkbox"/> Diarrea/下痢 |
| <input type="checkbox"/> Estreñimiento /便秘 | <input type="checkbox"/> Excremento mezclado con sangre /便に血が混じる | <input type="checkbox"/> Pérdida de peso /体重減少 | <input type="checkbox"/> Pérdida de apetito /食欲がない | <input type="checkbox"/> Náuseas/吐き気 | <input type="checkbox"/> Vómitos/嘔吐 |
| <input type="checkbox"/> Dificultad de deglución /食事がのどにつかえる | <input type="checkbox"/> Lesión, herida/けが | <input type="checkbox"/> Torcedura/ねんざ | <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: | | | | | |

Marque el cuadro que mejor describe el estado de las heces
/便の性状に☑してください。

- | | | | | | |
|--|---|---|---|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Color blanco grisáceo/灰白色 | <input type="checkbox"/> Color café/茶色 | <input type="checkbox"/> Color negro/黒色 | <input type="checkbox"/> Sangre en las heces/血便 | <input type="checkbox"/> Acuoso/水様 | <input type="checkbox"/> Heces blandas /軟便 |
| <input type="checkbox"/> Normal/普通 | <input type="checkbox"/> Heces duras /硬い便 | *la frecuencia de defecaciones (movimientos intestinales)/一日の排便回数 _____ por/回/día/日 | | | |

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。

- | | | | |
|---|---|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Mañana/朝 | <input type="checkbox"/> Tarde/昼 | <input type="checkbox"/> Noche/夕方 | <input type="checkbox"/> Al despertar /起床時 |
| <input type="checkbox"/> Durmiendo /就寝中 | <input type="checkbox"/> Irregular /不定期 | <input type="checkbox"/> 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。

- | |
|--|
| <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: |

¿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 :