

MEDICINA INTERNA

ない か もんしんひょう
内科問診票

español
スペイン語

Señale los síntomas con あてはまるものにチェックしてください

año 年

mes 月

día 日

Nombre 名前		<input type="checkbox"/> Hombre 男	<input type="checkbox"/> Mujer 女
Fecha de nacimiento: 生年月日	_____ año 年 _____ mes 月 _____ día 日	Teléfono 電話	
Dirección 住所			
¿Tiene seguro de salud? 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> sí はい	<input type="checkbox"/> no いいえ	
Nacionalidad 国籍		Idioma 言葉	

¿Qué le ha pasado? どうしましたか	
<input type="checkbox"/> fiebre (°C) 熱がある <input type="checkbox"/> dolor de garganta のどが痛い <input type="checkbox"/> tos せき <input type="checkbox"/> dolor de cabeza 頭が痛い	
<input type="checkbox"/> dolor de pecho 胸が痛い <input type="checkbox"/> erupción 発疹 <input type="checkbox"/> palpitación 動悸 <input type="checkbox"/> dificultad de respiración 息切れ	
<input type="checkbox"/> hinchazón むくみ <input type="checkbox"/> mareos めまい <input type="checkbox"/> siente opresión en el pecho 胸が苦しい <input type="checkbox"/> dolor de vientre お腹が痛い	
<input type="checkbox"/> dolor de estómago 胃が痛い <input type="checkbox"/> hipertensión arterial 高血圧 <input type="checkbox"/> entumecimiento しびれ <input type="checkbox"/> sequedad bucal 口が渇く	
<input type="checkbox"/> disminución de peso 体重が減っている <input type="checkbox"/> hinchazón del vientre お腹が張る <input type="checkbox"/> falta de apetito 食欲がない	
<input type="checkbox"/> tiene vómitos 嘔吐 <input type="checkbox"/> náuseas 吐き気 <input type="checkbox"/> diarrea 下痢 <input type="checkbox"/> heces con sangre 血便	
<input type="checkbox"/> falta de ánimo だるい <input type="checkbox"/> se cansa enseguida 疲れやすい <input type="checkbox"/> otros その他	
¿Desde cuándo? それはいつからですか	
desde _____ año 年 _____ mes 月 _____ día 日から	
¿Es usted alérgico a algún medicamento o comida? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか	
<input type="checkbox"/> sí はい → <input type="checkbox"/> medicina 薬 <input type="checkbox"/> alimentos 食べ物 <input type="checkbox"/> otros その他 <input type="checkbox"/> no いいえ	
¿Actualmente está tomando medicamentos? 現在飲んでいる薬はありますか	
<input type="checkbox"/> sí はい → Si los tiene muéstrellos. 持っていれば見せてください <input type="checkbox"/> no いいえ	
¿Está embarazada o cree estarlo? 妊娠していますか、またその可能性はありますか	
<input type="checkbox"/> sí はい → _____ meses ヶ月 <input type="checkbox"/> no いいえ	
¿Está dando de mamar? 授乳中ですか	<input type="checkbox"/> sí はい <input type="checkbox"/> no いいえ
¿Qué enfermedades ha padecido? 今までにかかった病気はありますか	
<input type="checkbox"/> enfermedad gastrointestinal 胃腸の病気 <input type="checkbox"/> enfermedad de hígado 肝臓の病気 <input type="checkbox"/> enfermedad cardíaca 心臓の病気	
<input type="checkbox"/> enfermedad nefrítica riñones 腎臓の病気 <input type="checkbox"/> tuberculosis 結核 <input type="checkbox"/> diabetes 糖尿病 <input type="checkbox"/> asma ぜんそく	
<input type="checkbox"/> hipertensión arterial 高血圧症 <input type="checkbox"/> SIDA エイズ <input type="checkbox"/> tiroides 甲状腺の病気 <input type="checkbox"/> sífilis 梅毒	
<input type="checkbox"/> otros その他	
¿Actualmente Ud. está en tratamiento médico de alguna enfermedad? 現在治療している病気はありますか	<input type="checkbox"/> sí はい <input type="checkbox"/> no いいえ
¿Le han operado alguna vez? 手術を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> sí はい <input type="checkbox"/> no いいえ
¿Ha recibido transfusión de sangre alguna vez? 輸血を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> sí はい <input type="checkbox"/> no いいえ
¿Puede venir al hospital desde la próxima consulta con alguien que le pueda ayudar en la traducción? 今後、通訳を自分で連れてくることができますか	
<input type="checkbox"/> sí はい <input type="checkbox"/> no いいえ	