

OFTALMOLOGIA

眼科問診票

Señale los síntomas con (✓).

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	
Dirección 住所	Teléfono 電話
¿Tiene seguro de salud? 健康保険を持っていますか?	
<input type="checkbox"/> no 無 <input type="checkbox"/> sí 有	
Nacionalidad 国籍	Idioma 言葉

¿Qué le ha pasado? どうしましたか

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> el ojo derecho 右眼 | <input type="checkbox"/> el ojo izquierdo 左眼 | <input type="checkbox"/> ambos ojos 両眼 |
| <input type="checkbox"/> secreción de ojos 目やに | <input type="checkbox"/> secreción abundante de lágrimas 涙が出る | |
| <input type="checkbox"/> dolor de ojos 痛い | <input type="checkbox"/> párpado hinchado まぶたの腫れ | |
| <input type="checkbox"/> siente como si tuviera arenilla en los ojos | ゴロゴロする | |
| <input type="checkbox"/> visión doble 物が二重に見える | <input type="checkbox"/> siente dificultad para ver 見えにくい | |
| <input type="checkbox"/> deslumbre por la luz まぶしい | <input type="checkbox"/> otros その他 | |

* ¿Desde cuándo? それはいつごろからですか

desde ____ año 年 ____ mes 月 ____ día 日から

¿Es usted alérgico a algún medicamento o comida?

薬や食物でアレルギーを生じたことがありますか

- no 無 sí 有 → medicina 薬 alimentos 食物 otros その他

¿Actualmente está tomando medicamentos? 現在毎日飲んでいる薬はありますか

- no 無 sí 有 → Si los tiene muéstrelos. 持っていれば見せてください

¿Ha sido anestesiado alguna vez? 麻酔をしたことがありますか

- no 無 sí 有

¿Qué enfermedades ha padecido?. 今までにかかった病気はありますか

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> enfermedad hepática 肝臓の病気 | <input type="checkbox"/> enfermedad gastrointestinal 胃腸の病気 |
| <input type="checkbox"/> problemas pulmonares (asma / tuberculosis) 肺の病気 (喘息 / 結核症) | |
| <input type="checkbox"/> enfermedad cardíaca 心臓の病気 | <input type="checkbox"/> diabetes 糖尿病 |
| <input type="checkbox"/> SIDA エイズ | <input type="checkbox"/> hipertensión arterial 高血圧症 |
| <input type="checkbox"/> sífilis 梅毒 | <input type="checkbox"/> otros その他 |

* ¿Está tomando algún tratamiento actualmente? 現在治療を受けている病気はありますか

- no 無 sí 有

¿Entre sus familiares hay alguien con enfermedades de la vista?

家族で目の病気の人はいませんか

- no いない sí いる → ¿Quién? 誰が _____

¿Qué enfermedad? それはどんな病気ですか _____

produced by 国際交流/ハーティ港南台 directed by DIGITALIUM projects!!•Illusion Mill

担当医・支援者の方々へ

この問診票は、在日外国人支援ボランティアによって作成されたものを、インターネットや支援者のネットワークを通じて、無料で配布しているものです。翻訳に関しては、できる限りの正確さをきつつもりですが、間違い等が見つかりましたら随時修正版を下記インターネットサイトにて配信しております。またインターネットサイトには、これ以外の科目や言語の問診票、医療制度情報などがありますので、必要に応じてご利用ください。また、翻訳の間違いや、追加したほうがいい質問事項等がありましたら下記のサイトにメールで情報をいただければ幸いです。

CIRUGIA

外科問診票

Señale los síntomas con (✓).

año 年 mes 月 día 日

Nombre 名前 Hombre 男 Mujer 女
 Fecha de nacimiento: 生年月日 ____ año 年 ____ mes 月 ____ día 日

Dirección 住所 Teléfono 電話

¿Tiene seguro de salud? 健康保険を持っていますか?
 no 無 sí 有

Nacionalidad 国籍 Idioma 言葉

¿Qué le ha pasado? どうしましたか

estomago 胃 intestino 腸 pulmones 肺 dolor de vientre 腹痛
 bulto しこり erupción おでき hemorroides 痔 herida けが
 hernia 脱腸(ヘルニア) heces con sangre 血便 cálculos biliares 胆石
 garganta (tiroides) のど(甲状腺) disminución de peso 体重減少
 ombligo へそ seno 乳房 cuello 首 otros その他

* ¿Desde cuándo? いつからですか desde ____ año 年 ____ mes 月 ____ día 日 a las ____ hs 時頃

Para el que tenga dolor de vientre. 腹痛と答えただけお書きください

* ¿Dónde le duele? どこが痛みますか
 a la derecha debajo del abdomen 右下腹部 a la izquierda debajo del abdomen 左下腹部
 parte superior del abdomen 上腹部 parte inferior del abdomen 下腹部全体

* ¿Cuándo tomó usted la última comida? 最後に食事をした時間は
 ____ mes 月 ____ día 日 a las ____ hs 時頃

¿Es usted alérgico a algún medicamento o comida? 薬や食物でアレルギーを生じたことがありますか
 no 無 sí 有 → medicina 薬 alimentos 食物 otros その他

¿Actualmente está tomando medicamentos? 現在毎日飲んでいる薬はありますか
 no 無 sí 有 → Si los tiene muéstrellos. 持っていれば見せてください

¿Está embarazada o cree estarlo? 妊娠していますか、また可能性がありますか
 no 無 sí 有 → _____ meses ヶ月

¿Qué enfermedades ha padecido?. 今までにかかった病気はありますか

enfermedad de estómago 胃の病気 enfermedad de intestino 腸の病気
 enfermedad de hígado 肝臓の病気 enfermedad cardíaca 心臓の病気
 SIDA エイズ diabetes 糖尿病 hipertension arterial 高血圧症
 asma 喘息 tuberculosis 結核 tiroides 甲状腺 otros その他

* ¿Se ha curado de esa enfermedad? その病気は治りましたか?
 no いいえ sí はい

¿Le han operado alguna vez? 手術をうけたことがありますか
 no 無 sí 有

¿Ha recibido transfusión de sangre alguna vez? 輸血を受けたことがありますか
 no 無 sí 有

Para el que tenga la carta de presentación. (el volante) 紹介状のある方だけお書きください

* ¿Tiene las placas de radiografías que recibió? レントゲンフィルムを持っていますか
 no 無 sí 有

* ¿Tiene las placas de endoscopio que recibió? 内視鏡フィルムを持っていますか
 no 無 sí 有

produced by 国際交流/ハーティ港南台 directed by DIGITALIUM projects!!•Illusion Mill

担当医・支援者の方々へ

この問診票は、在日外国人支援ボランティアによって作成されたものを、インターネットや支援者のネットワークを通じて、無料で配布しているものです。翻訳に関しては、できる限りの正確さをきつつもりですが、間違い等が見つかりましたら随時修正版を下記インターネットサイトにて配信しております。またインターネットサイトには、これ以外の科目や言語の問診票、医療制度情報などがありますので、必要に応じてご利用ください。また、翻訳の間違いや、追加したほうがいい質問事項等がありましたら下記のサイトにメールで情報をいただければ幸いです。

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

産婦人科問診票

Señale los síntomas con (✓).

año 年 mes 月 día 日

Nombre 名前 Fecha de nacimiento: 生年月日 ____ año 年 ____ mes 月 ____ día 日

Dirección 住所 Teléfono 電話

¿Tiene seguro de salud? 健康保険を持っていますか?
 no 無 sí 有

Nacionalidad 国籍 Idioma 言葉

Motivo de la venida al hospital 来院の目的は

embarazo 妊娠 menstruación irregular 月経異常 anemia 貧血
 hemorragia vaginal fuera de período 不正性器出血 pólipo ポリープ
 dolor de vientre 腹痛 picazón en los órganos genitales 性器のかゆみ
 mioma de útero 子宮筋腫 quiste de ovario 卵巣のう腫瘍 infertilidad 不妊症
 flujo おりもの reconocimiento del cáncer がん検診 otros その他

Sobre su menstruación 月経について

* su primera menstruación 初めての生理があったのはいつですか edad 年齢 _____
 * ¿Cuándo entró en la menopausia? 閉経はいつですか edad 年齢 _____
 * ¿Tiene menstruaciones regulares? 生理は順調ですか
 no いいえ sí はい

* ciclo 周期について
 28 días 28日型 30 días 30日型 ____ días 日型 irregular 不順

* duración de la menstruación 持続期間について
 ____ días 日間

* cantidad de menstruación 生理の量について
 mucho 多い normal 普通 poco 少ない

* ¿Tiene dolores menstruales? 生理痛について
 no 無 sí 有 → dolor de abdomen bajo 下腹部 dolor de lumbar 腰痛 otros その他

* ¿Cuándo tuvo la última menstruación? 最終月経は
 desde ____ año 年 ____ mes 月 ____ día 日から durante ____ días 日間

Preguntas con relación a embarazos y partos 妊娠歴

embarazo 妊娠 → ____ veces 回
 partos 分娩 → ____ veces 回 → parto normal 正常分娩 ____ veces 回
 parto anormal 異常分娩 ____ veces 回
 aborto 流産 → ____ veces 回 aborto natural 自然流産 ____ veces 回
 aborto provocado 人工流産 ____ veces 回
 otros その他 → embarazo extrauterino 子宮外妊娠 embrión deforme espumajoso 胞状奇胎

¿Si usted está embarazada, quiere dar a luz en este hospital? 妊娠の方は当院でのお産を希望しますか
 no いいえ sí はい

¿Es usted alérgico a algún medicamento o comida? 薬や食物でアレルギーを生じたことがありますか
 no 無 sí 有 → medicina 薬 alimentos 食物 otros その他

¿Actualmente está tomando medicamentos? 現在毎日飲んでいる薬はありますか
 no 無 sí 有 → Si los tiene muéstrellos. 持っていれば見せてください

¿Se ha hecho la prueba del cáncer? がん検診を受けたことがありますか
 no 無 sí 有 → ____ año 年 ____ mes 月 ____ día 日

¿Qué enfermedades ha padecido? 過去にどのような病気をしましたか

enfermedad del hígado 肝臓の病気 enfermedad nefrítica(riñones) 腎臓の病気
 enfermedad cardíaca 心臓の病気 tuberculosis 結核症 SIDA エイズ
 enfermedades venéreas 性病 hipertensión arterial 高血圧症
 apendicitis 虫垂炎 reumatismo リウマチ otros その他

¿Le han operado alguna vez? 手術を受けたことがありますか
 no 無 sí 有 → edad 年齢: ____ años 歳 ____ meses ヶ月

¿Ha recibido transfusión de sangre alguna vez? 輸血を受けたことがありますか
 no 無 sí 有

En su familia 家族の病歴

	Edad 年齢	Vivo 生存	Fallecido 死亡	enfermedad hereditaria 遺伝病	hipertensión 高血圧	diabetes 糖尿病	cáncer 癌
Padre 父		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Madre 母		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hermano 兄弟		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hermana 姉妹		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marido 夫		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hijos 子供		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

produced by 国際交流/ハーティ港南台 directed by DIGITALIUM projects!!•Illusion Mill

担当医・支援者の方々へ

この問診票は、在日外国人支援ボランティアによって作成されたものを、支援者のネットワークを通じて、無料で配布しているものです。翻訳に関しては、できる限りの正確さをきしたつもりですが、間違い等が見つかりましたら随時修正版を下記インターネットサイトに配信しております。またインターネットサイトには、これ以外の科目や言語の問診票、医療制度情報などがありますので、必要に応じてご利用ください。また、翻訳の間違いや、追加したほうが良い質問事項等がありましたら下記のサイトにメールで情報をいただければ幸いです。

ODONTOLOGIA

歯科問診票

Señale los síntomas con (✓).

año 年 mes 月 día 日

Nombre 名前 Hombre 男 Mujer 女
 Fecha de nacimiento: 生年月日 ____ año 年 ____ mes 月 ____ día 日

Dirección 住所 Teléfono 電話

¿Tiene seguro de salud? 健康保険を持っていますか?
 no 無 sí 有

Nacionalidad 国籍 Idioma 言葉

¿Qué le ha pasado? どうしましたか

<input type="checkbox"/> dolor de dientes 歯が痛い	<input type="checkbox"/> se cayó el empaste 詰め物がとれた
<input type="checkbox"/> revisión 検診	<input type="checkbox"/> caries 虫歯の治療をしてほしい
<input type="checkbox"/> mal aliento <input type="checkbox"/> 口臭	<input type="checkbox"/> encías hinchadas 歯茎が痛い
<input type="checkbox"/> diente postizo 入れ歯を作りたい	<input type="checkbox"/> se rompió el diente postizo 入れ歯がこわれた
<input type="checkbox"/> sarro (depósito calcáleo) 歯石・歯垢除去	<input type="checkbox"/> ortodoncia 歯並びを治したい
<input type="checkbox"/> otros その他	

¿Es usted alérgico a algún medicamento o comida? 薬や食物でアレルギーを生じたことがありますか
 no 無 sí 有 → medicina 薬 alimentos 食物 otros その他

¿Actualmente está tomando medicamentos? 現在毎日飲んでいる薬はありますか
 no 無 sí 有 → Si los tiene muéstrellos. 持っていれば見せてください

¿Ha sido anestesiado alguna vez? 麻酔をしたことがありますか
 no 無 sí 有

¿Le han sacado algún diente? 歯を抜いたことがありますか
 no 無 sí 有

¿Está embarazada o cree estarlo? 妊娠していますが、また可能性がありますか
 no 無 sí 有 → _____ meses ヶ月

¿Qué enfermedades ha padecido?. 今までにかかった病気はありますか

<input type="checkbox"/> enfermedad de estómago 胃の病気	<input type="checkbox"/> enfermedad de intestino 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"/> problemas pulmonares (asma / tuberculosis) 肺の病気 (喘息 / 結核症)	
<input type="checkbox"/> SIDA エイズ	<input type="checkbox"/> diabetes 糖尿病
<input type="checkbox"/> sífilis 梅毒	<input type="checkbox"/> hipertensión arterial 高血圧症
<input type="checkbox"/> otros その他	

* ¿Se ha curado de esa enfermedad? その病気は治りましたか?
 no いいえ sí はい

¿Qué tratamiento prefiere? 治療に対する希望

Deseo un tratamiento total de los dientes afectados. 悪いところは全て治したい

Quiero que me arregle sólo el diente que duele. 今痛んでいる歯だけを治したい

Pagaré el tratamiento en su totalidad(sin utilizar el seguro). 自費診療でもかまわない。

Sólo quiero un tratamiento dentro de la cobertura del seguro. 保険の範囲内で治したい

Prefiero informarme antes de tomar una decisión. 相談の上決めたい

produced by 国際交流/ハーティ港南台 directed by DIGITALIUM projects!!•Illusion Mill

担当医・支援者の方々へ

この問診票は、在日外国人支援ボランティアによって作成されたものを、インターネットや支援者のネットワークを通じて、無料で配布しているものです。翻訳に関しては、できる限りの正確さをきつたつもりですが、間違い等が見つかりましたら随時修正版を下記インターネットサイトに配信しております。またインターネットサイトには、これ以外の科目や言語の問診票、医療制度情報などがありますので、必要に応じてご利用ください。また、翻訳の間違いや、追加したほうが良い質問事項等がありましたら下記のサイトにメールで情報をいただければ幸いです。

OTORRINOLARINGOLOGIA

耳鼻咽喉科問診票

Señale los síntomas con (✓).

año 年 mes 月 día 日

Nombre 名前 Hombre 男 Mujer 女
 Fecha de nacimiento: 生年月日 ____ año 年 ____ mes 月 ____ día 日

Dirección 住所 Teléfono 電話

¿Tiene seguro de salud? 健康保険を持っていますか?
 no 無 sí 有

Nacionalidad 国籍 Idioma 言葉

¿Qué le ha pasado? どうしましたか

- fiebre 熱がある
- dolor de cabeza 頭が痛い
- pesadez de cabeza 頭が重い
- * síntoma de oídos: 耳の症状
 - derecho 右
 - izquierdo 左
 - ambos 両方
 - dolor de oídos 耳が痛い
 - otorrea 耳だれ
 - zumbidos 耳なり
 - cerumen 耳あか
 - dificultad al oír 聞こえが悪い
 - mareos めまい
 - oídos taponados 耳がふさがった感じ
- * síntomas de la nariz: 鼻の症状
 - nariz tapada 鼻がつまる
 - hemorragia nasal 鼻血
 - estornudos くしゃみ
 - sale agua /moco de la nariz 鼻がでる
 - ronquidos いびき
 - dificultad al oler においがわからない
- * síntomas de la garganta: のどの症状
 - dolor de la lengua 舌が痛い
 - dolor de garganta 喉が痛い
 - tos 咳
 - flemas たん
 - voz ronca 声がかれる
 - dificultad al tragar 飲み込みにくい
 - impresión de tener algo en la garganta 喉に何かある感じ
 - hinchazón de la cara y el cuello 顔・頸部(くび)の腫れ
 - otros その他

¿Desde cuándo? それはいつごろからです

desde ____ año 年 ____ mes 月 ____ día 日から

¿Es usted alérgico a algún medicamento o comida? 薬や食物でアレルギーを生じたことがありますか

no 無 sí 有 → medicina 薬 alimentos 食物 otros その他

¿Actualmente está tomando medicamentos? 現在毎日飲んでいる薬はありますか

no 無 sí 有 → Si los tiene muéstrelos. 持っていれば見せてください

¿Está embarazada o cree estarlo? 妊娠していますか、また可能性がありますか

no 無 sí 有 → ____ meses ヶ月

¿Toma alcohol? お酒を飲みますか

no 飲まない sí 飲む → ____ ml por día ml/日

¿Fuma cigarrillos? 煙草を吸いますか

no 吸わない sí 吸う → ____ cigarrillos por día 本/日

¿Le han operado alguna vez? 手術を受けたことがありますか

no 無 sí 有

¿Ha recibido transfusión de sangre alguna vez? 輸血を受けたことがありますか

no 無 sí 有

produced by 国際交流/ハーティ港南台 directed by DIGITALIUM projects!!•Illusion Mill

担当医・支援者の方々へ

この問診票は、在日外国人支援ボランティアによって作成されたものを、インターネットや支援者のネットワークを通じて、無料で配布しているものです。翻訳に関しては、できる限りの正確さをきざつつもりですが、間違い等が見つかりましたら随時修正版を下記インターネットサイトにて配信しております。またインターネットサイトには、これ以外の科目や言語の問診票、医療制度情報などがありますので、必要に応じてご利用ください。また、翻訳の間違いや、追加したほうが良い質問事項等がありましたら下記のサイトにメールで情報をいただければ幸いです。

PEDIATRIA

小児科問診票

Señale los síntomas con (✓).

año 年 mes 月 día 日

Nombre del niño/a **子どもの名前** Hombre 男 Mujer 女
 Fecha de nacimiento: 生年月日 ____ año 年 ____ mes 月 ____ día 日

Dirección **住所** Teléfono **電話**

¿Tiene seguro de salud? **健康保険を持っていますか?**
 no 無 sí 有

Nacionalidad **国籍** Idioma **言葉**

¿Qué le ha pasado? **どうされましたか**
 fiebre(____℃) 発熱 convulsión ひきつけをおこす
 mal humor 機嫌が悪い falta de ánimo 元気がない
 inapetencia a la leche ミルクの飲みが悪い aumento insuficiente de peso 体重増加不良
 diarrea 下痢 náuseas 気持ちが悪い otros その他

* ¿Desde cuándo? **それはいつごろからですか**
 desde ____ año 年 ____ mes 月 ____ día 日から

¿Es alérgico a algún medicamento o comida? **薬や食物でアレルギーを生じたことがありますか**
 no 無 sí 有 → medicina 薬 huevos 卵 leche 牛乳
 alimentos 食べ物 otros その他

¿Qué medicamentos tolera el niño/a? **どんな種類の薬が飲めますか**
 líquido 水薬 en polvo 粉薬 tableta /cápsula 錠剤またはカプセル

¿Actualmente está tomando medicamentos? **現在毎日飲んでいる薬はありますか**
 no 無 sí 有 → Si los tiene muéstrellos. 持っていれば見せてください

¿Cómo fue el parto? **出産の状態はどんなでしたか**
 peso al nacer ____ g 赤ちゃんの体重 edad de la madre ____ 母親の年齢
 parto normal 正常分娩 parto anormal 異常分娩 operación cesárea 帝王切開

Vacunas recibidas **接種済み予防注射:**
 prueba de tuberculina TBC ツベルクリン反応 varicela 水痘
 polio 小児麻痺 sarampión 麻疹 paperas おたふく風邪
 BCG DPT(vacuna triple) 三種混合ワクチン
 rubéola 風疹 otros その他

¿Qué enfermedades ha padecido? **過去にどのような病気をしましたか**
 rubéola 風疹 varicela 水痘 sarampión 麻疹
 asma 喘息 paperas おたふく風邪 tos ferina 百日咳
 convulsión febril 熱性痙攣 enfermedad de Kawasaki 川崎病
 encefalitis japonesa 日本脳炎 fiebre de tres días 突発性発疹
 apendicitis 虫垂炎 otros その他

* ¿Se ha curado de esa enfermedad? **その病気は治りましたか?**
 no いいえ sí はい

¿Ha sido internado alguna vez? **入院をしたことがありますか**
 no 無 sí 有

¿Le han operado alguna vez? **手術を受けたことがありますか**
 no 無 sí 有

produced by 国際交流/ハーティ港南台 directed by DIGITALIUM projects!!•Illusion Mill

担当医・支援者の方々へ

この問診票は、在日外国人支援ボランティアによって作成されたものを、インターネットや支援者のネットワークを通じて、無料で配布しているものです。翻訳に関しては、できる限りの正確さをきざつつもりですが、間違い等が見つかりましたら随時修正版を下記インターネットサイトにて配信しております。またインターネットサイトには、これ以外の科目や言語の問診票、医療制度情報などがありますので、必要に応じてご利用ください。また、翻訳の間違いや、追加したほうがいい質問事項等がありましたら下記のサイトにメールで情報をいただければ幸いです。

ORTOPEDIA

整形外科問診票

Señale los síntomas con (✓).

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	
Dirección 住所	Teléfono 電話
¿Tiene seguro de salud? 健康保険を持っていますか? <input type="checkbox"/> no 無 <input type="checkbox"/> sí 有	
Nacionalidad 国籍	Idioma 言葉

¿Cuál es su problema? どこが悪いのですか

* ¿Cómo son los síntomas? どんな症状ですか

dolor 痛い

entumecimiento しびれている

hinchazón 腫れている

torcedura ひねった

otros その他

* ¿Desde cuándo? いつからですか

desde hace _____ horas 時間前から

desde hace _____ días 日前から

desde hace _____ meses ヶ月前から

* Señale el sitio con un círculo
その個所に丸印をしてください



¿Es usted alérgico a algún medicamento o comida?
薬や食物でアレルギーを生じたことがありますか

no 無 sí 有 → medicina 薬 alimentos 食物 otros その他

¿Actualmente está tomando medicamentos? 現在毎日飲んでいる薬はありますか

no 無 sí 有 → Si los tiene muéstrelos. 持っていれば見せてください

¿Está embarazada o cree estarlo? 妊娠していますか、また可能性がありますか

no 無 sí 有 (_____ meses ヶ月)

¿Ultima menstruación? 最終月経は

_____ año 年 _____ mes 月 _____ día 日

¿Qué enfermedades ha padecido?. 今までにかかった病気はありますか

enfermedad estomacal 胃の病気 enfermedad intestinal 腸の病気

enfermedad hepática 肝臓の病気 enfermedad nefrítica(riñones) 腎臓の病気

enfermedad cardíaca 心臓の病気 diabetes 糖尿病

tuberculosis 結核症 hipertensión arterial 高血圧症

asma 喘息 SIDA エイズ otros その他

* ¿Se ha curado de esa enfermedad? その病気は治りましたか?

no いいえ sí はい

¿Le han operado alguna vez? 手術を受けたことがありますか

no 無 sí 有

¿Ha recibido transfusión de sangre alguna vez? 輸血を受けたことがありますか

no 無 sí 有

produced by 国際交流/ハーティ港南台 directed by DIGITALIUM projects!!•Illusion Mill

担当医・支援者の方々へ

この問診票は、在日外国人支援ボランティアによって作成されたものを、インターネットや支援者のネットワークを通じて、無料で配布しているものです。翻訳に関しては、できる限りの正確さをきつつもりですが、間違い等が見つかりましたら随時修正版を下記インターネットサイトに配信しております。またインターネットサイトには、これ以外の科目や言語の問診票、医療制度情報などがありますので、必要に応じてご利用ください。また、翻訳の間違いや、追加したほうがいい質問事項等がありましたら下記のサイトにメールで情報をいただければ幸いです。

MEDICINA INTERNA

内科問診票

Señale los síntomas con (✓).

año 年 mes 月 día 日

Nombre 名前 Hombre 男 Mujer 女
 Fecha de nacimiento: 生年月日 ____ año 年 ____ mes 月 ____ día 日

Dirección 住所 Teléfono 電話

¿Tiene seguro de salud? 健康保険を持っていますか?
 no 無 sí 有

Nacionalidad 国籍 Idioma 言葉

¿Qué le ha pasado? どうしましたか

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> fiebre (_____ grados °C) 熱がある | <input type="checkbox"/> dolor de garganta 喉が痛い |
| <input type="checkbox"/> tos 咳 | <input type="checkbox"/> dolor de cabeza 頭痛 |
| <input type="checkbox"/> palpitación 動悸 | <input type="checkbox"/> dificultad de respiración 息切れ |
| <input type="checkbox"/> erupción 発疹 | <input type="checkbox"/> mareos めまい |
| <input type="checkbox"/> hinchazón むくみ | <input type="checkbox"/> siente opresión en el pecho 胸の圧迫感 |
| <input type="checkbox"/> dolor de vientre 腹痛 | <input type="checkbox"/> entumecimiento しびれ |
| <input type="checkbox"/> hinchazón del vientre 腹が張っている感じ | <input type="checkbox"/> hipertensión arterial 高血圧 |
| <input type="checkbox"/> tiene vómitos 嘔吐 | <input type="checkbox"/> dolor de estómago 胃痛 |
| <input type="checkbox"/> heces con sangre 血便 | <input type="checkbox"/> sequedad bucal 口渇 |
| <input type="checkbox"/> se cansa enseguida 疲れやすい | <input type="checkbox"/> disminución de peso 体重の減少 |
| | <input type="checkbox"/> náuseas 吐き気 |
| | <input type="checkbox"/> diarrea 下痢 |
| | <input type="checkbox"/> falta de apetito 食欲不振 |
| | <input type="checkbox"/> falta de ánimo だるい |
| | <input type="checkbox"/> otros その他 |

* ¿Desde cuándo? それはいつごろからですか
 desde _____ año 年 _____ mes 月 _____ día 日から

¿Es usted alérgico a algún medicamento o comida? 薬や食物でアレルギーを生じたことがありますか
 no 無 sí 有 → medicina 薬 alimentos 食物 otros その他

¿Actualmente está tomando medicamentos? 現在毎日飲んでいる薬はありますか
 no 無 sí 有 → Si los tiene muéstrellos. 持っていれば見せてください

¿Está embarazada o cree estarlo? 妊娠していますか、また可能性がありますか
 no 無 sí 有 → _____ meses ヶ月

¿Última menstruación? 最終月経は
 _____ año 年 _____ mes 月 _____ día 日から

¿Qué enfermedades ha padecido?. 今までにかかった病気はありますか
 enfermedad de estómago 胃の病気 enfermedad de intestino 腸の病気
 enfermedad de hígado 肝臓の病気 enfermedad de riñones 腎臓の病気
 enfermedad cardíaca 心臓の病気 diabetes 糖尿病
 tuberculosis 結核症 hipertensión arterial 高血圧症
 asma 喘息 SIDA エイズ otros その他

* ¿Se ha curado de esa enfermedad? その病気は治りましたか?
 no いいえ sí はい

¿Le han operado alguna vez? 手術をうけたことがありますか
 no 無 sí 有

¿Ha recibido transfusión de sangre alguna vez? 輸血を受けたことがありますか
 no 無 sí 有

produced by 国際交流/ハーティ港南台 directed by DIGITALIUM projects!!•Illusion Mill

担当医・支援者の方々へ

この問診票は、在日外国人支援ボランティアによって作成されたものを、インターネットや支援者のネットワークを通じて、無料で配布しているものです。翻訳に関しては、できる限りの正確さをきしたつもりですが、間違い等が見つかりましたら随時修正版を下記インターネットサイトにて配信しております。またインターネットサイトには、これ以外の科目や言語の問診票、医療制度情報などがありますので、必要に応じてご利用ください。また、翻訳の間違いや、追加したほうが良い質問事項等がありましたら下記のサイトにメールで情報をいただければ幸いです。

NEUROCIRUGIA

脳神経外科問診票

Señale los síntomas con (✓).

año 年 mes 月 día 日

Nombre 名前 Hombre 男 Mujer 女
 Fecha de nacimiento: 生年月日 ____ año 年 ____ mes 月 ____ día 日

Dirección 住所 Teléfono 電話

¿Tiene seguro de salud? 健康保険を持っていますか?
 no 無 sí 有

Nacionalidad 国籍 Idioma 言葉

¿Qué le ha pasado? どうしましたか
 dolor de cabeza 頭痛 mareos めまい náuseas 吐き気
 dolor de espalda 肩こり zumbido en los oídos 耳鳴り
 dificultad para oír 聞こえにくい dificultad para ver 物がみえにくい
 entumecimiento del cuerpo 体のしびれ dificultad para andar 歩きにくい
 dificultad para mover las extremidades 手足の動きが悪い
 pérdida del conocimiento 意識がなくなる otros その他

* ¿Desde cuándo? いつからですか desde ____ año 年 ____ mes 月 ____ día 日

¿Se golpeó la cabeza? 頭をぶつけましたか
 no 無 sí 有 → ____ año 年 ____ mes 月 ____ día 日

* ¿Dónde fue? どこをぶつけましたか
 parte frontal 前頭部 occipucio(nuca) 後頭部 derecha 右横 izquierda 左横

* ¿Fue accidente de tráfico? 交通事故ですか
 no はい sí いいえ

Conteste sólo si tiene dolor de cabeza. 頭痛のある方はお答えください

* ¿Dónde le duele? どこが痛みますか
 parte frontal 前頭部 occipucio(nuca) 後頭部
 derecha 右横 izquierda 左横 toda la cabeza 頭全体

* ¿Cómo es el dolor? どのように痛みますか
 dolor palpitante ズキンズキン dolor punzante キリキリ como si le golpearan ガンガン
 pequeños pinchazos チクチク dolor agudo de cabeza ガーンと割れるように
 otros その他

* ¿Cuándo le duele más? 一日の内ではいつが一番痛みますか
 por la mañana 朝 por la tarde 昼 por la noche 夜 todo el día 一日中

¿Es usted alérgico a algún medicamento o comida? 薬や食物でアレルギーを生じたことがありますか
 no 無 sí 有 → medicina 薬 alimentos 食物 otros その他

¿Actualmente está tomando medicamentos? 現在毎日飲んでいる薬はありますか
 no 無 sí 有 → Si los tiene muéstrelas. 持っていれば見せてください

¿Está embarazada o cree estarlo? 妊娠していますが、また可能性がありますか
 no 無 sí 有 → ____ meses ヶ月

¿Qué enfermedades ha padecido? 今までにかかった病気は
 diabetes 糖尿病 hipertensión arterial 高血圧 SIDA エイズ
 tuberculosis 結核 sífilis 梅毒 otros その他

¿Ha recibido transfusión de sangre alguna vez? 輸血を受けたことがありますか
 no 無 sí 有

¿Toma alcohol? お酒を飲みますか no 飲まない sí 飲む (____ ml por día ml/日)

¿Fuma cigarrillos? 煙草を吸いますか no 吸わない sí 吸う (____ cigarrillos por día 本/日)

¿Ha sido internado u operado alguna vez? 今まで入院、手術したことがありますか
 no 無 sí 有 → edad 年齢: ____ años 歳 ____ meses ヶ月

produced by 国際交流/ハーティ港南台 directed by DIGITALIUM projects!!•Illusion Mill

担当医・支援者の方々へ

この問診票は、在日外国人支援ボランティアによって作成されたものを、支援者のネットワークを通じて、無料で配布しているものです。翻訳に関しては、できる限りの正確さをきしたつもりですが、間違い等が見つかりましたら随時修正版を下記インターネットサイトに配信しております。またインターネットサイトには、これ以外の科目や言語の問診票、医療制度情報などがありますので、必要に応じてご利用ください。また、翻訳の間違いや、追加したほうがいい質問事項等がありましたら下記のサイトにメールで情報をいただければ幸いです。

DERMATOLOGIA

皮膚科問診票

Señale los síntomas con (✓).

año 年 mes 月 día 日

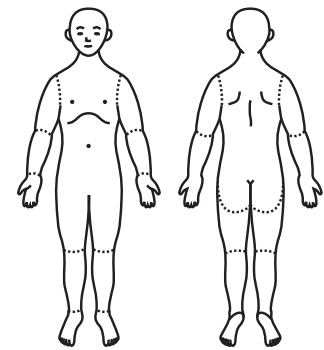
Nombre 名前	<input type="checkbox"/> Hombre 男 <input type="checkbox"/> Mujer 女
Fecha de nacimiento: 生年月日 ____ año 年 ____ mes 月 ____ día 日	
Dirección 住所	Teléfono 電話
¿Tiene seguro de salud? 健康保険を持っていますか? <input type="checkbox"/> no 無 <input type="checkbox"/> sí 有	
Nacionalidad 国籍	Idioma 言葉

¿Cuál es su problema? どこが悪いのですか

* ¿Cuáles son los síntomas? どんな症状ですか

- | | |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> dolor 痛い | <input type="checkbox"/> picazón かゆい |
| <input type="checkbox"/> pie de atleta(hongos de los pies) 水虫 | <input type="checkbox"/> erupción 発疹 |
| <input type="checkbox"/> quemadura やけど | <input type="checkbox"/> lunar ほくろ |
| <input type="checkbox"/> eczema 湿疹 | <input type="checkbox"/> otros その他 |
| <input type="checkbox"/> marca de nacimiento あざ | |
| <input type="checkbox"/> está húmedo y blando じくじくしている | |
| <input type="checkbox"/> mancha しみ | |

* Señale el sitio con un círculo
その個所に丸印をしてください



* ¿Desde cuándo? いつごろからですか

____ año 年 ____ mes 月 ____ día 日から

* ¿Tiene algún cambio? その症状は変化してきていますか

no いいえ sí はい

¿Es usted alérgico a algún medicamento o comida?

薬や食物でアレルギーを生じたことがありますか

no 無 sí 有 → medicina 薬 alimentos 食物 otros その他

¿Actualmente está tomando medicamentos? 現在毎日飲んでいる薬はありますか

no 無 sí 有 → Si los tiene muéstrelos. 持っていれば見せてください

¿Está embarazada o cree estarlo? 妊娠していますか、また可能性がありますか

no 無 sí 有 → _____ meses ヶ月

¿Ultima menstruación? 最終月経は

____ año 年 ____ mes 月 ____ día 日

¿Qué enfermedades ha padecido?. 今までにかかった病気はありますか

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> enfermedad de estómago 胃の病気 | <input type="checkbox"/> enfermedad de intestino 腸の病気 |
| <input type="checkbox"/> enfermedad de hígado 肝臓の病気 | <input type="checkbox"/> enfermedad de riñones 腎臓の病気 |
| <input type="checkbox"/> enfermedad cardíaca 心臓の病気 | <input type="checkbox"/> diabetes 糖尿病 |
| <input type="checkbox"/> tuberculosis 結核症 | <input type="checkbox"/> hipertensión arterial 高血圧症 |
| <input type="checkbox"/> asma 喘息 | <input type="checkbox"/> SIDA エイズ |
| | <input type="checkbox"/> otros その他 |

* ¿Se ha curado de esa enfermedad? その病気は治りましたか?

no いいえ sí はい

¿Le han operado alguna vez? 手術を受けたことがありますか

no 無 sí 有

produced by 国際交流/ハーティ港南台 directed by DIGITALIUM projects!!•Illusion Mill

担当医・支援者の方々へ

この問診票は、在日外国人支援ボランティアによって作成されたものを、インターネットや支援者のネットワークを通じて、無料で配布しているものです。翻訳に関しては、できる限りの正確さをきざつつもりですが、間違い等が見つかりましたら随時修正版を下記インターネットサイトにて配信しております。またインターネットサイトには、これ以外の科目や言語の問診票、医療制度情報などがありますので、必要に応じてご利用ください。また、翻訳の間違いや、追加したほうが良い質問事項等がありましたら下記のサイトにメールで情報をいただければ幸いです。