

# 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。