

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。