

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? 頭をぶつきましたか
 no 無 sí 有 → ____ año 年 ____ mes 月 ____ día 日

* ¿Dónde fue? どこをぶつきましたか
 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。