

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

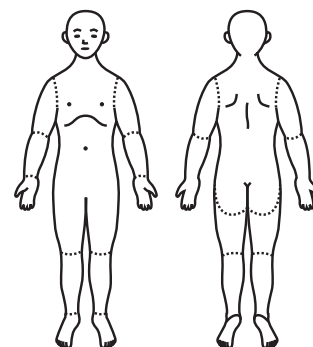
¿Cuál es su problema? どこが悪いのですか

* ¿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

* Señale el sitio con un círculo

その個所に丸印をしてください



* ¿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

¿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 hepática 肝臓の病気
- enfermedad cardíaca 心臓の病気
- tuberculosis 結核症
- asma 喘息
- SIDA エイズ
- enfermedad intestinal 腸の病気
- enfermedad nefrítica(riñones) 腎臓の病気
- diabetes 糖尿病
- hipertensión arterial 高血圧症
- 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。