

患者氏名 :

患者 ID :

Cuestionario Médico Departamento del Aparato Digestivo (Gastroenterología)/消化器科 問診票

Marque los cuadros (□) que correspondan./ あてはまるものにチェックしてください。

Nombre del paciente / 患者氏名		Fecha/ 日付	año / 年	mes / 月	día / 日
Fecha de nacimiento/ 生年月日	año/ 年	mes/ 月	día/ 日	Sexo/ 性別	<input type="checkbox"/> Masculino/ 男 <input type="checkbox"/> Femenino/ 女
Altura y peso/ 身長・体重	m	cm	kg	Edad/ 年齢	años/ 歳
Idioma/ 言語	Nacionalidad / 国籍				

Situación vivencial/ 生活状況

- Hay algún familiar que necesita asistencia/ 介護しなければならない家族がいる Tengo niños pequeños/ 幼い子どもがいる
- Mi familia es de personas mayores/ 高齢者世帯 Vivo solo/ 独居
- Hogar monoparental (madre)/ 母子家庭 Otros/ その他 ()

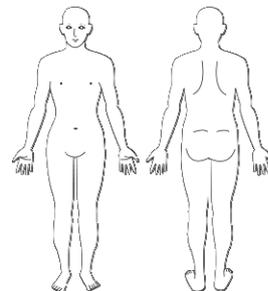
Trabajo/ 職業

- Empleado regular/ 常勤雇用 Trabajo por horas/ パートタイム Autónomo/ 自営業
- Jubilado/ 退職 Desempleado/ 無職

¿En qué lugar tiene los síntomas?/ どの部位の症状ですか?

Marque con un círculo el lugar donde tiene los síntomas

/ 症状のあるところに丸をしてください。

**¿Qué síntomas tiene?/ どのような症状ですか?**

- Dolor agudo/ 鋭い痛み Dolor sordo/ 鈍い痛み Fiebre/ 熱がある
- Náuseas/ 吐き気 Vómitos/ 嘔吐 Vomito sangre/ 吐血
- Eructo/ げっぷ Vientre hinchado/ お腹が張る Estoy estreñido/ 便秘
- Diarrea/ 下痢 Melena/ 下血 Tengo algo hinchado/ むくむ
- No tengo apetito/ 食欲がない Al comer se me obstruyen los alimentos / 食べ物がかえる Ardor de estómago/ 胸焼けする
- El color de mis heces es: 便の色 (Marrón/茶 Rojo/赤 Negro/黒 Blanco/白)
- Después de beber alcohol vomito sangre/ 飲酒のあとに血を吐いた En otras ocasiones/ その他 ()

¿Cuándo tiene esos síntomas?/ どんな時に症状がありますか?

- Por la mañana/ 朝 Al mediodía/ 昼 Al atardecer / 夕方
- Por la noche/ 晩 Con irregularidad/ 不定期 De repente/ 突然
- Siempre/ いつも Gradualmente / 徐々に Cuando me muevo/ 動くと
- Cuando me fatigo/ 疲労を感じたとき Cuando duermo/ 就寝中 Cuando como/ 食事中
- Cuando me levanto/ 起床時 Cuando tengo hambre/ 空腹時 Cuando estoy lleno/ 満腹時
- En ningún momento en particular / 特に決まっていない En otras ocasiones/ その他 ()

¿Desde cuándo le ocurre eso?/ それはいつからですか?

Desde aproximadamente: _____ año/ 年 _____ mes/ 月 _____ día/ 日ごろから

* Continúa en la página siguiente / ※裏面もご記入ください。

患者氏名 :

患者 ID :

¿Está recibiendo en la actualidad algún tratamiento de alguna enfermedad? / 現在治療している病気はありますか?

- Sí/ はい (nombre de la enfermedad/ 病名: _____)
- No/ いいえ

¿Tiene alergia a algún alimento o medicamento? / 薬や食べ物でアレルギーがでますか?

- Sí/ はい → Medicamento/ 薬 Alimentos/ 食べ物 Otros/ その他 (_____)
- No/ いいえ

¿Está tomando algún medicamento en la actualidad? / 現在飲んでいる薬はありますか?

- Sí/ はい → Si lo lleva consigo, por favor muéstrenoslo/ 持っていれば見せてください
- No/ いいえ

¿Ha enfermado en el pasado? / 今までにかかった病気はありますか?

- Enfermedad del estómago e intestinos / 胃腸の病気 Enfermedad del hígado/ 肝臓の病気 Enfermedad del corazón/ 心臓の病気
- Enfermedad de los riñones / 腎臓の病気 Enfermedad del aparato respiratorio / 呼吸器の病気 Enfermedad sanguínea/ 血液の病気
- Enfermedad del cerebro o del sistema nervioso/ 脳・神経系の病気 Cáncer/ 癌
- Enfermedad de la glándula del tiroides / 甲状腺の病気 Diabetes/ 糖尿病 Otras/ その他 (_____)

¿Cuántos años tenía? / それは何歳の時ですか?

Edad: _____(años)/ 歳

¿Fuma? / たばこを吸いますか?

- Fumo/ 吸う → En la actualidad/ 現在: _____cigarrillos/día/ 本/日 **Historial como fumador / 喫煙歴: _____ años/年**
- Antes fumaba/ 以前吸っていた → Antes/ 過去: _____cigarrillos/día/ 本/日 **Historial como fumador / 喫煙歴: _____ años/年**
- No fumo/ 吸わない

¿Bebe bebidas alcohólicas? / お酒を飲みますか?

- Sí/ はい → _____ml/día /ml/ 日 No/ いいえ

¿Se ha operado alguna vez? / 手術を受けたことがありますか?

- Sí/ はい No/ いいえ

¿Cuándo? / いつごろですか?

Aproximadamente: _____año/ 年 _____mes/ 月 (nombre de la operación/ 手術名: _____)

¿Le han anestesiado alguna vez? / 麻酔を受けたことがありますか?

- Sí/ はい → Anestesia general/ 全身麻酔 Anestesia local/ 局所麻酔
- No/ いいえ

¿Tuvo algún problema cuando le anestesiaron? / 麻酔をして何かトラブルがありましたか?

- Sí/ はい No/ いいえ

¿Le han hecho alguna transfusión sanguínea? / 輸血を受けたことがありますか?

- Sí/ はい No/ いいえ

¿Tuvo algún problema cuando le hicieron la transfusión? / 輸血をして何かトラブルがありましたか?

- Sí/ はい No/ いいえ

¿Está embarazada o es posible que lo esté? / 妊娠していますか、またその可能性はありますか?

- Sí/ はい → De _____Meses / ヶ月 No lo sé/ わからない No/ いいえ

¿Da de pecho? / 授乳中ですか?

- Sí/ はい No/ いいえ

¿Puede venir la próxima vez con algún intérprete? / 今後、通訳を自分で連れてくることができますか?

- Sí/ はい No/ いいえ