

NEUROCIRUGÍA

のうしんけいげ かもんしんひょう
脳神経外科問診票

español
スペイン語

Señale los síntomas con あてはまるものにチェックしてください

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	Teléfono 電話
Dirección 住所				
¿Tiene seguro de salud? 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> sí はい		<input type="checkbox"/> no いいえ	
Nacionalidad 国籍		Idioma 言葉		

¿Qué le ha pasado? どうしましたか

dolor de cabeza 頭が痛い mareos めまい náuseas 吐き気 tiene vómitos 嘔吐 zumbido en los oídos 耳鳴り
 dolor de espalda 肩こり entumecimiento del cuerpo しびれ temblores en las manos y los pies 手足のふるえ
 pérdida del conocimiento 意識がなくなる dificultad para oír 聞こえにくい
 dificultad para ver 物が見えにくい dificultad para andar 歩きにくい
 dificultad para mover las extremidades 手足の動きが悪い otros その他

¿Desde cuándo? それはいつからですか desde _____ año 年 _____ mes 月 _____ día 日から

¿Se golpeó la cabeza? 頭をぶつきましたか

sí はい → _____ año 年 _____ mes 月 _____ día 日から no いいえ

¿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 sí はい no いいえ

Conteste sólo si tiene dolor de cabeza. 頭が痛い方への質問です

¿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 como si le golpearan ガンガン dolor agudo de cabeza ガーンと割れるように
 dolor punzante キリキリ pequeños pinchazos チクチク otros その他

¿Cuándo le duele más? いつが一番痛いですか

por la mañana 朝 por la tarde 昼 por la noche 夕方 todo el día 一日中

¿Es usted alérgico a algún medicamento o comida? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか

sí はい → medicina 薬 alimentos 食べ物 otros その他 no いいえ

¿Actualmente está tomando medicamentos? 現在飲んでいる薬はありますか

sí はい → Si los tiene muéstrellos. 持っていれば見せてください no いいえ

¿Está embarazada o cree estarlo? 妊娠していますか、またその可能性はありますか

sí はい → _____ meses ヶ月 no いいえ

¿Está dando de mamar? 授乳中ですか sí はい no いいえ

<1/2ページ>



¿Qué enfermedades ha padecido? <small>いま びょうき</small> 今までにかかった病気はありますか		
<input type="checkbox"/> enfermedad gastrointestinal <small>いちょう びょうき</small> 胃腸の病気	<input type="checkbox"/> enfermedad del hígado <small>かんぞう びょうき</small> 肝臓の病気	<input type="checkbox"/> enfermedad cardíaca <small>しんぞう びょうき</small> 心臓の病気
<input type="checkbox"/> enfermedad nefrítica riñones <small>じんぞう びょうき</small> 腎臓の病気	<input type="checkbox"/> tuberculosis <small>けっかく</small> 結核	<input type="checkbox"/> diabetes <small>とうにょうびょう</small> 糖尿病
<input type="checkbox"/> hipertensión arterial <small>こうけつあつしやう</small> 高血圧症	<input type="checkbox"/> SIDA <small>エイズ</small> エイズ	<input type="checkbox"/> asma <small>ぜんそく</small> ぜんそく
<input type="checkbox"/> otros <small>た</small> その他	<input type="checkbox"/> tiroides <small>こうじょうせん びょうき</small> 甲状腺の病気	<input type="checkbox"/> sífilis <small>ばいどく</small> 梅毒
¿Actualmente Ud. está en tratamiento médico de alguna enfermedad? <small>げんざい ちりやう びょうき</small> 現在治療している病気はありますか		
		<input type="checkbox"/> sí はい
		<input type="checkbox"/> no いいえ
¿Toma alcohol? <small>さけ の</small> お酒を飲みますか	<input type="checkbox"/> sí はい → _____ ml por día <small>ひ</small> ml/日	<input type="checkbox"/> no いいえ
¿Fuma cigarrillos? <small>す</small> たばこを吸いますか	<input type="checkbox"/> Yes はい → _____ cigarrillos por día <small>ほん ひ</small> 本/日	<input type="checkbox"/> no いいえ
¿Le han operado alguna vez? <small>しゆじゆつ う</small> 手術を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> sí はい	<input type="checkbox"/> no いいえ
¿Ha presentado algún problema cuando le anestesiaron? <small>ますい なに</small> 麻酔をして何かトラブルがありましたか	<input type="checkbox"/> sí はい	<input type="checkbox"/> no いいえ
¿Puede venir al hospital desde la próxima consulta con alguien que le pueda ayudar en la traducción? <small>こんご つうやく じぶん</small> 今後、通訳を自分で連れてくることができますか		
<input type="checkbox"/> sí はい <input type="checkbox"/> no いいえ		

〈2/2ページ〉