

ORTOPEDIA

せいけいげかもんしんひょう
整形外科問診票

español
スペイン語

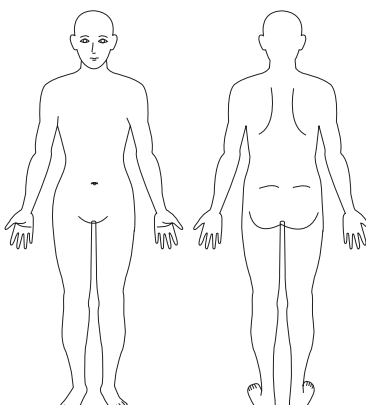
Señale los síntomas con あてはまるものにチェックしてください

año ねん
年

mes がつ
月

día 日にち
日

Nombre 名前 <small>なまえ</small>		<input type="checkbox"/> Hombre 男 <small>おとこ</small>	<input type="checkbox"/> Mujer 女 <small>おんな</small>
Fecha de nacimiento: 生年月日 <small>せいねんがらび</small>	_____ año 年 <small>ねん</small> _____ mes 月 <small>がつ</small> _____ día 日 <small>にち</small>	Teléfono 電話 <small>でんわ</small>	
Dirección 住所 <small>じゅうしょ</small>			
¿Tiene seguro de salud? 健康保険を持っていますか? <small>けんこうほけんも</small>	<input type="checkbox"/> sí はい	<input type="checkbox"/> no いいえ	
Nacionalidad 国籍 <small>こくせき</small>		Idioma 言葉 <small>ことば</small>	

¿Qué le ha pasado? どうしましたか	 <p>Señale el sitio con un círculo <small>しょうじょう</small> 症状のあるところに丸をしてください</p>
<input type="checkbox"/> fiebre (°C) 熱がある <small>ねつ</small> <input type="checkbox"/> lesiones けが <input type="checkbox"/> nódulo o bola しこり <input type="checkbox"/> picazón かゆい <input type="checkbox"/> torcedura ひねった <input type="checkbox"/> otros その他 <small>た</small>	
<input type="checkbox"/> dolor 痛み <small>いた</small> <input type="checkbox"/> quemadura やけど <input type="checkbox"/> hinchazón はれもの <input type="checkbox"/> entumecimiento しびれ <input type="checkbox"/> disminución de peso 体重が減っている <small>たいしゅうへ</small>	
¿Desde cuándo? それはいつからですか	
desde _____ año 年 <small>ねん</small> _____ mes 月 <small>がつ</small> _____ día 日 <small>にち</small> から	
¿Es usted alérgico a algún medicamento o comida? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか <small>くすり た もの</small>	
<input type="checkbox"/> sí はい → <input type="checkbox"/> medicina 薬 <small>くすり</small> <input type="checkbox"/> alimentos 食べ物 <small>た もの</small> <input type="checkbox"/> otros その他 <small>た</small> <input type="checkbox"/> no いいえ	
¿Actualmente está tomando medicamentos? 現在飲んでる薬はありますか <small>げんざいの くすり</small>	
<input type="checkbox"/> sí はい → Si los tiene muéstrelos. 持っていれば見せてください <input type="checkbox"/> 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 <small>にんしん かのうせい</small>	
<input type="checkbox"/> sí はい → _____ meses ヶ月 <small>かげつ</small> <input type="checkbox"/> no いいえ	
¿Está dando de mamar? 授乳中ですか <small>じゅにゅうちゅう</small>	<input type="checkbox"/> sí はい <input type="checkbox"/> no いいえ
¿Qué enfermedades ha padecido? 今までにかかった病気はありますか <small>いま びょうき</small>	
<input type="checkbox"/> enfermedad gastrointestinal 胃腸の病気 <small>いちょう びょうき</small> <input type="checkbox"/> enfermedad del hígado 肝臓の病気 <small>かんそう びょうき</small> <input type="checkbox"/> enfermedad cardíaca 心臓の病気 <small>しんそう びょうき</small> <input type="checkbox"/> enfermedad nefrítica riñones 腎臓の病気 <small>しんそう びょうき</small> <input type="checkbox"/> tuberculosis 結核 <small>けっかく</small> <input type="checkbox"/> diabetes 糖尿病 <small>とうようびょう</small> <input type="checkbox"/> asma ぜんそく <input type="checkbox"/> hipertensión arterial 高血圧症 <small>こうけつあつしょう</small> <input type="checkbox"/> SIDA エイズ <input type="checkbox"/> tiroides 甲状腺の病気 <small>こうじょうせん びょうき</small> <input type="checkbox"/> sífilis 梅毒 <small>はいどく</small> <input type="checkbox"/> otros その他 <small>た</small>	
¿Actualmente Ud. está en tratamiento médico de alguna enfermedad? 現在治療している病気はありますか <small>げんざい ちりょう びょうき</small>	<input type="checkbox"/> sí はい <input type="checkbox"/> no いいえ
¿Le han operado alguna vez? 手術を受けたことがありますか <small>しゅじゅつ うえ</small>	<input type="checkbox"/> sí はい <input type="checkbox"/> no いいえ
¿Ha recibido transfusión de sangre alguna vez? 輸血を受けたことがありますか <small>ゆけつ うえ</small>	<input type="checkbox"/> sí はい <input type="checkbox"/> no いいえ
¿Ha presentado algún problema cuando le anestesiaron? 麻酔をして何かトラブルがありましたか <small>ますい なに</small>	<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? 今後、通訳を自分で連れてくることができますか <small>こんご つうやく じぶん づ</small>	<input type="checkbox"/> sí はい <input type="checkbox"/> no いいえ