

# DERMATOLOGÍA

ひふかもんしんひょう  
皮膚科問診票

español  
スペイン語

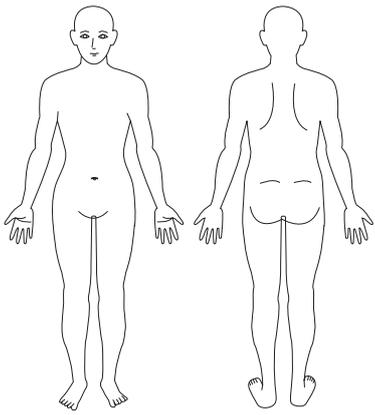
Señale los síntomas con  あてはまるものにチェックしてください

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	 <p>Señale el sitio con un círculo 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 <input type="checkbox"/> dolor 痛い <input type="checkbox"/> picazón かゆい <input type="checkbox"/> quemadura やけど <input type="checkbox"/> erupción 発しん <input type="checkbox"/> eczema 湿しん <input type="checkbox"/> marca de nacimiento あざ <input type="checkbox"/> lunar ほくろ <input type="checkbox"/> mancha しみ <input type="checkbox"/> pie de atleta (hongos de los pies) 水虫 <input type="checkbox"/> está húmedo y blando じくじくしている <input type="checkbox"/> 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	
¿Tiene algún cambio? その症状は変化していますか	
<input type="checkbox"/> sí はい <input type="checkbox"/> no いいえ	
¿Es usted alérgico a algún medicamento o comida? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか	
<input type="checkbox"/> sí はい → <input type="checkbox"/> medicina 薬 <input type="checkbox"/> alimentos 食べ物 <input type="checkbox"/> otros その他 <input type="checkbox"/> no いいえ	
¿Actualmente está tomando medicamentos? 現在飲んでいる薬はありますか	
<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	
<input type="checkbox"/> sí はい → _____ meses ヶ月 <input type="checkbox"/> no いいえ	
¿Está dando de mamar? 授乳中ですか	<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	
<input type="checkbox"/> enfermedad gastrointestinal 胃腸の病気 <input type="checkbox"/> enfermedad del hígado 肝臓の病気 <input type="checkbox"/> enfermedad cardíaca 心臓の病気 <input type="checkbox"/> enfermedad nefrítica riñones 腎臓の病気 <input type="checkbox"/> tuberculosis 結核 <input type="checkbox"/> diabetes 糖尿病 <input type="checkbox"/> asma ぜんそく <input type="checkbox"/> hipertensión arterial 高血圧症 <input type="checkbox"/> SIDA エイズ <input type="checkbox"/> tiroides 甲状腺の病気 <input type="checkbox"/> sífilis 梅毒 <input type="checkbox"/> otros その他	
¿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	<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	<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	<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	<input type="checkbox"/> sí はい <input type="checkbox"/> no いいえ