

PSIQUIATRÍA

せいしん かもんしんひょう
精神科問診票

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

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Dificultad para dormir 眠れない | <input type="checkbox"/> Habla más que siempre いつもよりよくしゃべる |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad o ataque de pánico 不安やパニック発作 | |
| <input type="checkbox"/> Oye voces aún cuando no hay gente a su alrededor 周りに人がいないのに声が聞こえる | |
| <input type="checkbox"/> Estado depresivo de ánimo うつ気分 | <input type="checkbox"/> No tiene ánimo 元気がない |
| <input type="checkbox"/> Siente la mirada de alguien 人に見られている気がする | <input type="checkbox"/> Tiene demasiado ánimo 元気が良すぎる |
| <input type="checkbox"/> Pierde el conocimiento 意識がなくなる | <input type="checkbox"/> Tiene ganas de morirse 死にたい |
| <input type="checkbox"/> Propenso a alteración 興奮しやすい | <input type="checkbox"/> Se pone violento 暴力をふるう |
| <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

¿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

Nombres y apellidos del acompañante 付添者の氏名

Relación con el paciente 本人との関係 Familiar 家族 Amistad 友人 Otros その他 → ()

¿Quién le ha sugerido venir a la consulta hoy? 本日の受診はどなたの意志ですか

Yo mismo 本人 Familiar 家族 Amistad 友人 Policía 警察
 Personal del trabajo 勤務先の人 Otras personas その他 → ()

¿Cuál es el motivo de la consulta de hoy? 本日の受診の目的は何ですか

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Diagnóstico médico 診断 | <input type="checkbox"/> Certificado médico 診断書 |
| <input type="checkbox"/> Tratamiento 治療 | <input type="checkbox"/> Hospitalización 入院 |
| <input type="checkbox"/> Carta de Presentación a otra institución médica 紹介 | <input type="checkbox"/> Segunda opinión セカンドオピニオン |
| <input type="checkbox"/> Otros その他 → () | |

¿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

¿Actualmente Ud. está en tratamiento médico de alguna enfermedad? 現在治療中の病気はありますか

Yes はい → Nombre de la institución médica 医療機関名 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

¿Qué enfermedad ha tenido antes? いま 今までにかかった病びょうき気はありますか

- Demencia にんちしやう 認知症 Adicción al alcohol o a algún medicamento やくぶついぞん アルコールや薬物依存
- Trastornos del estado de ánimo きふんしやうがい 気分障害 → Hipomanía そらびやう 躁病 Trastorno bipolar そらうつびやう 躁鬱病 Depresión うつびやう 鬱病
- Pánico パニック Insomnio ふみんしやう 不眠症
- Trastornos de la personalidad しやうがい パーソナリティー障害 Trastornos de desarrollo はつたつしやうがい 発達障害
- Retraso mental せいしんちたい 精神遅滞 Epilepsia てんかん てんかん
- Esquizofrenia とうごうしつちやうしやう 統合失調症 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad ちゆういけつかんじや とうせいしやうがい 注意欠陥(如)多動性障害
- Otros た その他 → ()

¿Puede venir al hospital desde la próxima consulta con alguien que le pueda ayudar en la traducción? こんご づうやく じぶん っ 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

〈2/2ページ〉