

PEDIATRÍA

しょうに かもんしんひょう
小児科問診票

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 del niño/a 子どもの名前		<input type="checkbox"/> Hombre 男 <input type="checkbox"/> Mujer 女	
Fecha de nacimiento: 生年月日		Edad 年齢	año 才
Dirección 住所		Teléfono 電話	
¿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	
Nationalidad 国籍		Idioma 言葉	

¿Qué le ha pasado? どうしましたか

<input type="checkbox"/> fiebre (°C) 熱がある	<input type="checkbox"/> dolor de garganta のどが痛い	<input type="checkbox"/> tos せき	<input type="checkbox"/> convulsión ひきつけをおこす
<input type="checkbox"/> falta de ánimo 元気がない	<input type="checkbox"/> mal humor 機嫌が悪い	<input type="checkbox"/> hinchazón むくみ	<input type="checkbox"/> dolor de cabeza 頭が痛い
<input type="checkbox"/> dolor de vientre お腹が痛い	<input type="checkbox"/> dolor de pecho 胸が痛い	<input type="checkbox"/> erupción 発しん	<input type="checkbox"/> dolor de estómago 胃が痛い
<input type="checkbox"/> tiene vómitos 嘔吐	<input type="checkbox"/> falta de apetito 食欲がない	<input type="checkbox"/> náuseas 吐き気	
<input type="checkbox"/> aumento insuficiente de peso 体重の増加不良		<input type="checkbox"/> diarrea 下痢	<input type="checkbox"/> heces con sangre 血便
<input type="checkbox"/> inapetencia a la leche ミルクの飲みが悪い		<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 huevos 卵 leche 牛乳 otros alimentos その他の食べ物 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

¿Qué tipos de medicamentos tolera el niño/a? どんな種類の薬が飲めますか

líquido シロップ en polvo 粉薬 tableta / cápsula 錠剤またはカプセル

¿Cómo fue el parto? 出産の時のようす

peso al nacer _____ g 赤ちゃんの体重 edad de la madre _____ 母親の年齢

parto normal 正常分娩 parto anormal 異常分娩 operación cesárea 帝王切開

Vacunas recibidas 接種済み予防接種

<input type="checkbox"/> Hib ヒブ	<input type="checkbox"/> Estreptococcus neumonial 肺炎球菌
<input type="checkbox"/> DPT(vacuna triple) 三種混合	<input type="checkbox"/> polio ポリオ
<input type="checkbox"/> Vacuna Cuádruple o Vacuna DPT-IPV(Vacuna contra difteria, tétanos, tos ferina y polio) 四種混合	<input type="checkbox"/> BCG BCG
<input type="checkbox"/> sarampión/rubéola(MR) 麻疹・風しん混合	<input type="checkbox"/> varicela 水ぼうそう
<input type="checkbox"/> Encefalitis japonesa 日本脳炎	<input type="checkbox"/> Rotavirus ロタウィルス
	<input type="checkbox"/> paperas おたふく風邪
	<input type="checkbox"/> otros その他

¿Qué enfermedades ha padecido? 今までにかかった病気はありますか

<input type="checkbox"/> rubéola 風しん	<input type="checkbox"/> varicela 水ぼうそう	<input type="checkbox"/> sarampión 麻疹	<input type="checkbox"/> asma ぜんそく
<input type="checkbox"/> paperas おたふく風邪	<input type="checkbox"/> tos ferina 百日ぜき	<input type="checkbox"/> apendicitis 虫垂炎	<input type="checkbox"/> enfermedad de Kawasaki 川崎病
<input type="checkbox"/> fiebre de tres días 突発性発しん	<input type="checkbox"/> encefalitis japonesa 日本脳炎	<input type="checkbox"/> convulsión febril 熱性けいれん	
<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 sí はい no いいえ

¿Le han operado alguna vez? 手術を受けたことがありますか sí はい 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 sí はい 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

sí はい no いいえ