

Fecha de consulta 受診日

No. de recepción 受付番号

Cuestionario médico

Número de tórax 胸部番号

Por favor conteste los recuadros

Nombre	En lugar de fonético (hiragana)	Género M · F	Domicilio
	Fecha de nacimiento (año: mes: día: edad: años)		Teléfono ()

※ Sólo para mujeres Actualmente, está embarazada? (O tiene la posibilidad?) No · Sí				
Antecedentes familiares	En su familia hay antecedentes de cáncer? No · Sí			
	Padre	Madre	Enfermedad	
	Hno. mayor	Hno. menor	Hna. mayor	Hna. Menor
Antecedentes de salud	Ha tenido alguna de las siguientes enfermedades? No · Sí (Si la respuesta es afirmativa marque)			
	Tuberculosis pulmonar Neumonía Pleuresía Asma Silicosis Neumoconiosis Enfermedad cardíaca			
	Gastritis Úlcera gástrica Úlcera duodenal Cólicos estomacales Enfermedad del hígado Colecistitis			
	Colelitiasis Ictericia Cálculos renales Otros ()			
	¿Desde cuándo?	Año/mes ()	aproximadamente () años/meses	
	¿Hizo tratamiento?	Año/mes ()	año () mes aprox. () meses de tratamiento.	
	¿Ha sido operado alguna vez?	Sí ()	años de edad Enfermedad ()	
	No			
Alimentos y bebidas	Actualmente, promedio diario	[Alcohol vasos]	[cerveza botellas]	[whisky copas]
		[café tasas]		
Historia de tabaquismo	¿Fuma cigarrillo?			
	1. Actualmente, fumo	desde () años de edad	Número de cigarrillos / día ()	
	2. Antes, fumaba	desde () años ~ () años	Número de cigarrillos / día ()	
	3. No fumo			
Enfermedad actual	No · Sí	(Nombre de la enfermedad)	desde: año/mes	en tratamiento)

★ Está de acuerdo sobre "el manejo de su información personal"? Sí · No

Encuesta de detección respiratoria (cáncer de pulmón · tuberculosis)

Antecedentes	Ha trabajado en los siguientes puestos de trabajo? No · Sí (Si es afirmativa, marque por favor)			
	Soldadura Pedrera Albañil Fáb. de vidrio Asbesto Trab. en túnel Trab. en mina Fundición Cerámica Construcción · Demolición Obras de ingeniería civil Recolección de basura Tripulación de barco Construcción naval Reparación de automóviles Químico Industria textil Otros ()			
	Período de tiempo que realizó las actividades mencionadas		Desde ()	Durante () años.
Síntomas actuales	Por favor, conteste si tiene los siguientes síntomas			
	1. Tiene tos por más de 1 mes	.....	No · Sí	
	2. Tiene flema en la garganta por más de 1 mes	.....	No · Sí	
	3. Tiene esputo (flema) sanguinolento	.....	No · Sí	
	↳ Si es 「Sí」 Ocurrió en un plazo de 6 meses.	.....	No · Sí	
	4. Tiene dolor continuo en el pecho	.....	No · Sí	
	5. Tiene dificultad para respirar	.....	No · Sí	
¿Ha hecho un examen de rayos X de pulmón el año anterior? No · Sí → Resultado (Normal · Se requiere más pruebas)				
Hospital en que recibió los exámenes → (Asociación preventiva de la tuberculosis · Otra Institución :)				

げんご
言語 (スペイン語)