

## 〔 4 〕 診断書 (Certificado Médico)

(llenado por el médico responsable)

患者氏名 \_\_\_\_\_ 性別 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_  
Nombre del paciente Sexo Edad

診断名  
Diagnóstico

症状出現日 \_\_\_\_\_ 初診日 \_\_\_\_\_  
Fecha del primer síntoma (DD/MM/AAAA) Fecha de la primera consulta (DD/MM/AAAA)

治療日 \_\_\_\_\_ desde \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
Fecha de Servicios(Paciente externo) (DD/MM/AAAA) (DD/MM/AAAA)

入院 \_\_\_\_\_ desde \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
Fecha de Servicios(Paciente internado) (DD/MM/AAAA) (DD/MM/AAAA)

手術名 \_\_\_\_\_  
Nombre de la operación quirúrgica

他の疾病の影響はありますか ☐ Sí \_\_\_\_\_ ☐ No  
¿Tiene otras enfermedades o afecciones que afectan a la condición actual ? En caso afirmativo, por favor describa :

治療歴がありますか ☐ Sí \_\_\_\_\_ ☐ No  
¿Tiene un historial de tratamiento para este mismo síntoma? En caso afirmativo, por favor darnos la fecha(DD/MM/AAAA) :

歯科疾病、妊娠、出産、流産及びそれらに起因する病気ですか。  
☐ Sí ☐ No

¿Es enfermedad dental, embarazo, parto, aborto espontáneo o enfermedad causada por estos?

慢性病の継続治療、健康診断或いは予防接種ですか。

☐ Sí ☐ No

¿Es el tratamiento continuo para la enfermedad crónica, el reconocimiento médico periódico o la vacunación?

作成日 \_\_\_\_\_  
Fecha (DD/MM/AAAA)

病院名  
Nombre del hospital

医師署名 \_\_\_\_\_  
La firma del médico