

《スペイン語》
EN ESPAÑOL

はじめに

近年外国の方が、熊本で生活されるケースが増えて参りました。しかし病気になったとき、言葉の問題等で医師に対し病状を伝えられず困っているとの声を聞き、昨年度は患者用の「緊急医療用語集」を作成しました。

しかし患者が症状を訴えることはできるようになっても治療のこと、薬のことなど治療を行う医師とのコミュニケーションが出来なければ何もなりません。

そのために今年度は、医療機関用「緊急医療用語集」を作成致しました。

この2冊で十分とは思いませんが、緊急時には役に立つものと信じています。

熊本県総務部国際課

Introducción

En los últimos años ha incrementado el número de extranjeros que habitan en Kumamoto.

Tenemos conocimiento que suelen tener dificultades para comunicarse con los médicos cuando se enferman y no pueden transmitir sus síntomas. Por lo cual, el año pasado se confeccionó el "Manual Médico de emergencia".

A pesar que el paciente puede transmitir sus síntomas, no puede decirse que se ayuda en forma completa si no pueden entender sobre el tratamiento médico que les explica el médico, o cómo tomar o aplicar los medicamentos

Por ese motivo, hemos confeccionado el "Manual Médico de Emergencia" versión médica.

Creemos que con la utilización de estos dos manuales, podremos colaborar completamente en los casos de emergencia médica.

Division de Asuntos Internacionales
Prefectura de Kumamoto

も く じ

はじめに

(1) 痛みに関して	26
*痛みは?	26
*いつから痛いか?	26
*特にいつ頃痛むか?	26
*痛みの強さは?	28
*痛みの種類は?	28
*どのような痛み方か?	28
(2) 窓口にて	28
(3) 治 療	32
(4) 抜歯や切開後の注意事項	36
(5) 薬	36

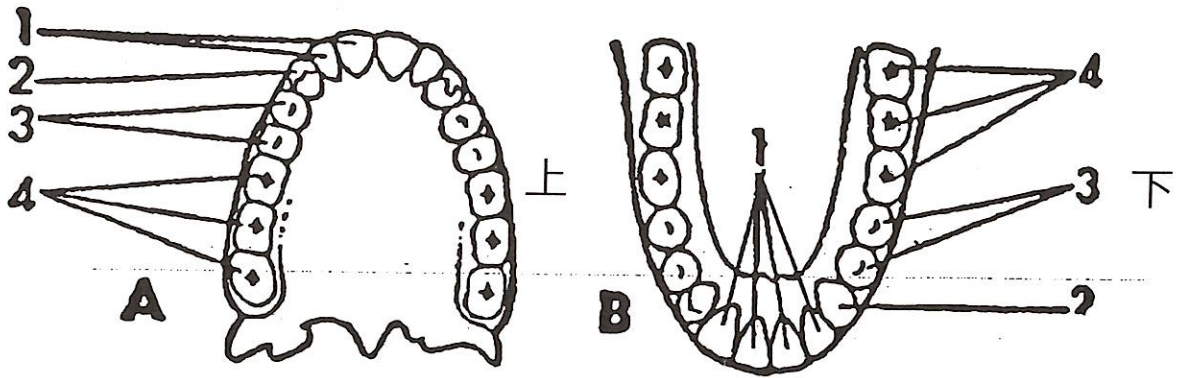
Indice

Introducción

(1) Relativo a los dolores	27
* El Dolor	27
* Cuánto le duele?	27
* Desde cuándo le duele?	27
* Agudez del dolor	29
* Que tipo de dolor siente?	29
* Cuándo siente dolor?	29
(2) En la ventanilla	29
(3) Tratamiento	33
(4) Advertencias para cuando se quita el diente y posteriores a la incisión	37
(5) Medicamentos	37

(1) 痛みに関して

どこが痛いか？（下記の図で痛いところを指で差して下さい）



A : 永久歯	B : 乳 歯	C : 親知らず	D : 歯 肉
E : 出 血	F : 歯の動揺	G : 口 臭	H : 虫 歯

痛みは？

1) 始めて痛くなった。
2) 今まで何度か痛んだ。
3) 以前治療したところが痛い。

いつから痛い？

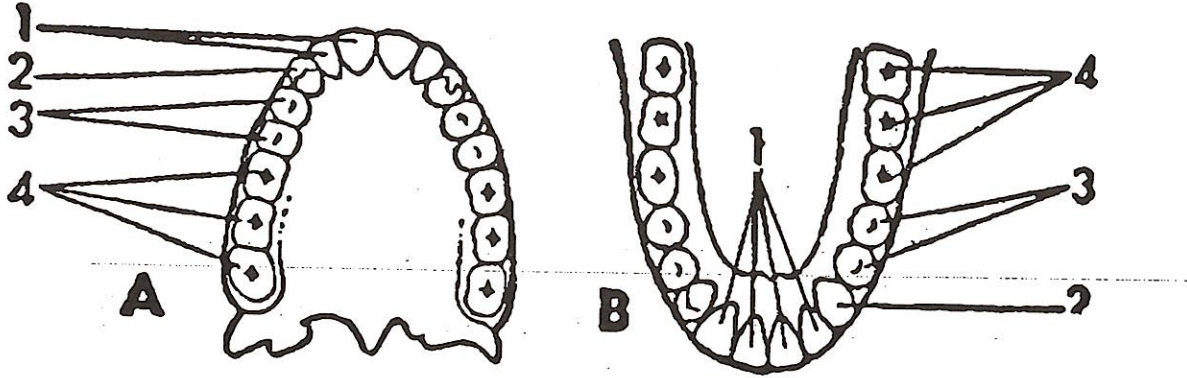
1) _____ 時間位前から。
2) _____ 日位前から。
3) _____ 週間位前から。
4) _____ ケ月前から。

特にいつ頃痛むか？

A : 朝に痛む。	B : 昼間に痛む。	C : 夜に痛む。
D : 食事の時に痛む。	E : 食後に痛む。	F : 一日中痛む。

(1) Relativo a los dolores

¿Dónde le duele? (Señale en el gráfico inferior)



A. Maxilar superior: 1. Incisivos.—2. Caninos.—3. Premolares.—4. Molares.—B. Maxilar inferior: 1. Incisivos.—2. Caninos.—3. Premolares.—4. Molares.—

A : DIENTE PERMANENTE	B : DIENTE DE LECHE	C : NUELA DE JUICIO	D : ENCIA
E : SANGRAR	F : OSCILACIÓN	G : ALIENTO	H : CARIES

* El Dolor

1) Doler por primera vez
2) Tener dolores anteriormente
3) Doler donde tuvo un tratamiento anteriormente

* ¿Desde cuándo le duele?

1) Doler desde hace	horas.
2) Doler desde hace	días.
3) Doler desde hace	semanas.
4) Doler desde hace	meses.

* ¿Cuánto le duele?

A: Doler a la mañana	B: Doler durante el día	C: Doler en la noche
D: Doler durante las comidas	E: Doler después de comer	F: Doler todo el día

痛みの強さは？

A：違和感がある。	B：軽い痛み。	C：強い痛み。
-----------	---------	---------

痛みの種類は？

A：鈍い痛み。	B：刺すような痛み。	C：脈を打つようにズキズキ痛む。
D：持続的に痛む。	E：ヒリヒリ痛む。	F：ズキンと痛む。

どのような痛み方か？

A：何もしなくても痛い。	B：冷たい物を飲むと痛い。	C：熱いものを飲むと痛い。
D：甘い物を食べると痛い。	E：噛むと痛い。	F：押さえると痛い。
G：さわると痛い。	H：飲み込むと痛い。	I：顎を動かすと痛い。

(2) 窓口にて

1) 保険はありますか？	はい / いいえ
2) 日本の健康保険ですか？	はい / いいえ
3) 海外旅行障害保険ですか？	はい / いいえ
4) 保険外（自費）で支払いますか？	はい / いいえ
5) 領収書が必要ですか？	はい / いいえ
6) 診断書が必要ですか？	はい / いいえ

7) あなたの住所は？
8) あなたの生年月日は？
9) あなたの電話番号は？
10) 知り合いの方のお名前と電話番号を教えてくださいませんか？

11) 予約をしますか？	はい / いいえ
12) _____ 時に予約をしますか？	
13) 次は、_____ に来て下さい。	

* Agudez del dolor

A: Sentir molestias	B: Sentir leves dolores	C: Sentir dolores fuertes
---------------------	-------------------------	---------------------------

* ¿Que tipo de dolor siente?

A: Dolor sordo	B: Dolor punzante	C: Dolor palpitante
D: Dolor constante	E: Dolor ardiente	F: Dolor penetrante

* ¿Cuándo siente dolor?

A : Doler aunque no haga nada	B : Doler al beber algo frio	C : Doler al beber algo caliente
D : Doler al comer algo dulce	E : Doler al morder	F : Doler al apretar
G : Doler al tocar, palpear	H : Doler al tragar	I : Doler al mover la mandibula

(2) En la ventanilla

1) ¿Tiene un seguro de salud ?	Sí / No
2) ¿El Seguro de Salud es japonés?	Sí / No
3) ¿Es un seguro para turistas?	Sí / No
4) ¿Pagará todo por su cuenta (Fuera del Seguro de Salud) ?	Sí / No
5) ¿Necesita recibo de pago?	Sí / No
6) ¿Necesita un Certificado Médico ?	Sí / No
7) ¿Cuál es su dirección?	
8) ¿Cuál es su fecha de nacimiento?	
9) ¿Cuál es su número telefónico?	
10) Puede enseñarme el nombre y número telefónico de su amigo ?	
11) ¿Desea efectuar la proxima reservación?	Sí/ No
12) ¿A qué Hora desea efectuar la reservación?	Sí / No
13) La próxima vez, venga el día..... .	

14) 明日洗淨に来てください。
15) 終わりました。お大事に。
16) しばらくお待ち下さい。
17) 治療は、_____回位かかります。

18) 今までに歯の治療で以下の様なことがありましたか？
* 血がとまらなかったことがある。 はい / いいえ
* 気分が悪くなって治療を中止したことがある。 はい / いいえ
* 血圧がひどく上がったことがある。 はい / いいえ

19)	以下の病気はありますか？ はい / いいえ
	肝 炎
	肝 臓 病
	不 整 脈
	心 臓 病
	以前心臓の手術を、受けたことがある。
	心 筋 梗 塞 6ヶ月以内にかかった。 6ヶ月以前にかかったことがある。
	脳 卒 中 6ヶ月以内にかかった。 6ヶ月以前にかかったことがある。
	抗血液凝固剤を飲んでいる。
	高 血 圧 * 降圧剤の薬を飲んでいる。 * 降圧剤の薬を飲んでいない。 * わかるなら血圧の数値を教えてください。 上が _____ 下が _____
	糖 尿 病
	喘 息
	腎 臓 病
	そ の 他

* 女性の方へ
現在妊娠中ですか？ はい (_____ ヶ月です) いいえ

14) Venga mañana nuevamente para desinfectarse
15) Hoy hemos terminado. Cuídese.
16) Espere un poco, por favor.
17) El tratamiento, constará deveces.

18) ¿Ha sufrido de los siguientes síntomas en tratamientos anteriores?	
* No paraba la hemorragia	Sí / No
* Ha tenido que suspender el tratamiento, debido a que se descompuso	Sí / No
* Ha sufrido hipertensión arterial	Sí / No

19)	Sufre de alguna enfermedad siguiente :
	Hepatitis
	Enfermedad hepática
	Arritmia
	Enfermedad cardíaca
	Ha tenido una operación cardíaca
	Sufrir un infarto miocárdico hace 6 meses.
	Sufrir un infarto miocárdico hace más de 6 meses.
	Tener una apoplejía cerebral hace 6 meses.
	Tener una apoplejía cerebral hace más de 6 meses.
	Está tomando un coagulante hemorrágico
	Hipertensión arterial * Está tomando un Antihipertensivo * No está tomando un antihipertensivo * Si tiene conocimiento dígame su presión arterial superior, yinferior.
	Sufrir de diabetes
	Sufrir de asma
	Sufrir una enfermedad de los riñones
	Otros

Para las damas:

* Se encuentra embarazada actualmente?

Sí (De.....meses)

No

(3) 治療

1) レントゲン写真を撮ります。	
2) 歯茎の検査をします。	
3) 虫歯があります。	
4) 歯槽膿漏で腫れています。	
5) 虫歯で腫れています。	
6) 親知らずで腫れています。	
7) 麻酔の注射をします。	
8) 化膿しました。	
9) 切開して膿を出します。	
10) 歯を抜きます。	
11) 薬を塗ります。	
12) 薬を詰めます。	
13) 応急処置をします。	
14) 仮の詰め物を詰めます。	
15) 歯の神経を治療します。(根管治療)	
16) 歯の神経をとります。	
17) 薬を使って消毒します。	
18) 歯を削ります。	
19) 歯型をとります。	
20) 歯の色と同じ詰め物を詰めます。	
21) 金属を詰めます。	
22) 歯にかぶせものをします。(クラウン)	
23) 健康保険適用の金属を使いますか？	はい / いいえ
24) 健康保険外の貴金属を使いますか？	はい / いいえ

(3) Tratamiento

1) Le tomaremos una radiografía
2) Le revisaremos las encías
3) Tiene caries
4) Tiene una inflamación debido a piorrea alveolar
5) Tiene una inflamación por una carie
6) Tiene una inflamación por la muela de juicio

7) Le aplicaremos una inyección de anestesia
8) Esta supurado
9) Le haremos una incisión y le sacaremos la pus
10) Le quitaremos el diente
11) Le untaremos una medicina
12) Le aplicaremos una medicina
13) Le haremos un tratamiento de primeros auxilios
14) Le haremos un empastamiento provisorio
15) Le efectuaremos un tratamiento del nervio

16) Le extraeremos el nervio dental
17) Le desinfectaremos con un medicamento
18) Le rasparemos el diente
19) Le tomaremos el molde de la dentadura
20) Le empastaremos con una pasta del mismo color del diente
21) Le colocaremos metal
22) Le cubriremos el diente (Corona)
23) Desea utilizar un metal que este cubierto por el seguro de salud Sí/ No
24) Desea utilizar un metal que no esta cubierto por el seguro de salud Sí/No

25) 健康保険外の瀬戸物の歯を入れますか？	はい / いいえ
26) 入れ歯の型をとります。	
27) 入れ歯を作ります。	
28) 健康保険のプラスチック入れ歯を作ります。	
29) 健康保険外の金属入れ歯を作ります。	
30) _____週間位待ってから入れ歯を作ります。	
31) 応急処置として、入れ歯が痛くならないような材料を入れ歯につけます。	
32) 入れ歯を調整します。	
33) 仮の入れ歯を作ります。	
34) 入れ歯で痛いところがありますか？	はい / いいえ
35) 費用は、健康保険で _____ 円です。	

36) 保険外で _____ 円です。	
37) 歯を削ってかみ合わせの高さを調整します。	
38) 歯を動かさないように固定します。	
39) 歯石をとります。	
40) 歯の治療の為、歯をきれいにします。	
41) 歯の磨き方を指導します。	

42) 歯の矯正が必要です。	
43) 口を開いて下さい。	
44) もう少し大きく開けて下さい。	
45) 閉じて下さい。	
46) 歯をカチカチして下さい。	
47) 噛んで下さい。	
48) 噛んで高く感じますか？	はい / いいえ
49) 違和感がありませんか？	はい / いいえ
50) 口を濯いで下さい。	
51) 治療はすべて終わりました。	

25) Desea colocarse un diente de cerámica que no esta cubierto por el seguro de salud	Sí / No
26) Le tomaremos el molde del diente/dentadura postizo/a	
27) Le confeccionaremos un diente/ una dentadura postizo/a	
28) Le confeccionaremos un diente postizo de plastico cubierto por el seguro de salud	
29) Le confeccionaremos un diente postizo metalico que no esta cubierto por el seguro de salud	
30) Le confeccionaremos un diente postizo luego de.....semanas	
31) Le colocaremos un material para que no le duela la dentadura postiza, como tratamiento de emergencia	
32) Le corregiremos la dentadura postiza	
33) Le confeccionaremos un diente postizo provisorio	
34) Siente dolor en algún lugar con la dentadura postiza	Sí / No
35) Los gastos cubiertos por el seguro de salud son.....yenes.	

36) El importe que no cubre el seguro de salud es.....yenes	
37) Le corregiremos la altura de los dientes para masticar raspándole el diente	
38) Le fijaremos para que no se mueva el diente	
39) Le quitaremos el sarro	
40) Le limpiaremos los dientes, para efectuarle el tratamiento	
41) Le daremos instrucciones de como lavarse, cepillarse los dientes	

42) Necesita efectuar una corrección dental	
43) Abra la boca	
44) Abra un poco más la boca	
45) Cierre la boca	
46) Mastique	
47) Muerda	
48) Siente alto al morder ?	Sí / No
49) Siente alguna molestia ?	Sí / No
50) Enjuáguese la boca	
51) El tratamiento ha finalizado	

(4) 抜歯や切開後の注意事項

1) スープなど柔らかい食べ物を食べて下さい。
2) 冷やして下さい。
3) お酒は控えて下さい。
4) 歯を抜いた後20分位、ガーゼを噛んでその後捨てて下さい。もし出血が止まらないなら、きれいなガーゼを強く丸めて傷口にあてて強く咬んで下さい。止まったら捨てて下さい。
5) 今日一日は、風呂に入らないで下さい。
6) 今日一日は、激しい運動や仕事は控えて下さい。

(5) 薬

今までに以下の薬で、発疹が出るなど過敏な反応は、ありませんでしたか？

1) 抗生剤に過敏である。
2) 鎮痛剤に過敏である。
3) その他、特定の薬に過敏である。 薬剤名 _____

(4) Advertencias para cuando se quita el diente y posteriores a la incisión

1) Coma comidas blandas como sopas
2) Enfríe
3) No beba bebidas alcohólicas
4) Mantenga mordiendo la gasa 20 minutos después que le quiten el diente y luego puede tirarlo. Si aún le sigue sangrando enrollee una gasa higienica y colóquesela en la herida, manteniéndola mordida fuertemente. Puede tirarla cuando ya no le sangre más.
5) No se bañe por el día de hoy
6) Manténgase en calma por el día de hoy, sin efectuar movimientos agresivos ni trabajos agresivos

(5) MEDICAMENTOS

No ha sufrido anteriormente reacciones hipersensibles al tomar los siguiente medicamentos?

1) Reacción hipersensible a antibioticos
2) Reacción hipersensible a sedantes
3) Reaccion hipersensible a otros medicamentos tales como..... Nombre del medicamento.....

(内服薬)

(服用方法)

A	B	C	D	E	F	1日2回	朝夕食後 _____	カプセル/錠/袋
鎮痛剤	抗生剤	消炎剤	鎮痛消炎剤	消化剤	ビタミン剤	1日3回	毎食後 _____	カプセル/錠/袋
						1日4回	毎食後と寝る前 _____	カプセル/錠/袋

(外用薬)

(服用方法)

塗り薬	1日 _____ 回患部に塗布して下さい。
含嗽剤(うがい薬等)	1日 _____ 回うがい薬でうがいで下さい。 * _____ 倍の水でうすめて下さい。 *一袋をコップに溶かして使用して下さい。
トローチ	1日 _____ 回1個を噛まずになめて下さい。

処方箋の場合

処方箋をもって調剤薬局(処方箋受付と書かれた薬局)で薬を購入して下さい。

Medicamentos de uso interno

Forma de beber

A Sedante	2 Veces al día..... Cápsulas/Tabletas/sobres Después del desayuno y la cena
B Antibiótico	
C Antiistamínico / Corticoides	3 Veces al día. Cápsulas/Tabletas/sobres Después de cada comida
D Sedante antiistamínico	
E Digestivo	4 Veces al día. Cápsulas/Tabletas/sobres Después de cada comida y antes de dormir
F Vitaminas	

Medicamentos de aplicación externa

Ungüento	Unte sobre la parte afectadaveces al día
Colutorio Gargarismo	Efectue gárgaras veces al día * Disuélvalo en partes de agua * Utilíselo disolviendo 1 sobre en un vaso
Pastillas	Disuélvalo en la boca sin masticarlo, veces al día

En el caso de receta medicinal

Lleve la receta medicinal a la farmacia dispensaria (en las farmacias en donde figure escrito que se aceptan recetas medicinales) y adquiera los medicamentos recetados.

