

西暦 年 月 日 (記入日)

Data de preenchimento: Ano mês dia

中東遠地域共通問診票 / Questionário Médico Comum para Região Chutoen

(市立御前崎総合病院・しづわクリニック・菊川市立総合病院・菊川市家庭医療センター・中東遠総合医療センター・公立森町病院・森町家庭医療クリニック・磐田市立総合病院 共通)

(Comum para Hospital Municipal de Omaezaki, Clínica Shirowa, Hospital Municipal de Kikugawa, Centro Médico de Família de Kikugawa, Centro Médico Chutoen, Hospital Público de Morimachi, Clínica Médica de Família Morimachi, Hospital Municipal de Iwata)

※この問診票を受診日までに記入し、受診当日ご持参ください。

*Preencha este questionário e traga-o no dia de sua consulta.

お名前 Nome	フリガナ/Furigana	(男・女) 年齢 (M / F) idade	才 anos	体温/Temperatura: _____ 度/graus
生年月日 Data de nascimento:	明治・大正・昭和・平成・令和 Meiji/Taisho/Showa/Heisei/Reiwa (ano)	年 (mês)	月 (dia)	身長/Altura: _____ cm
（〒 一 ） 牧之原市・御前崎市・菊川市・掛川市・袋井市・森町・磐田市 Makino-hara-shi / Omaezaki-shi / Kikugawa-shi / Kakegawa-shi / Fukuroi-shi / Mori-machi / Iwata-shi				体重/Peso: _____ Kg
住 所 Endereço				血圧: _____ mmHg / _____ mmHg Pressão arterial
電話番号/Telefone (自宅/Residencial)	(携帯電話/Celular)	脈拍/Pulsão: _____ bpm SPO2: _____ %		
※受診時に各病院で測定します。 * Será medido no hospital / clínica no momento da consulta.				

この問診表を記入する方がご本人以外であれば、/No caso de preenchimento deste questionário médico por meio de terceiros...

その方のお名前/Nome desta pessoa 続柄/Parentesco()

- ① 今回、受診された理由をお答えください。/Qual é o motivo da sua consulta hoje?
 他の医療機関から受診をすすめられたから/Recomendação de outra instituição médica
 健康診断の結果、精密検査をすすめられたから/Por resultado do exame de saúde ter me recomendado um exame minucioso
 心配な症状があったから/Por apresentar sintomas preocupantes
- ② 今回、受診された主な症状はどんなことですか。/Quais são os principais sintomas pelos quais você consultou desta vez?
 ()
- ③ その症状はいつから、どのようにして始まりましたか。/Quando começou a apresentar estes sintomas e como eles são?
 (なるべく詳しく/o mais detalhado possível)
 月 日頃から/Desde mês dia
 突然/de repente 徐々に/pouco a pouco 時々/de vez em quando ()
- ④ 症状の原因に心あたりや、症状の始まる頃に何か変わったことがありますか。
 Você tem ideia da causa dos sintomas, ou teve alguma mudança em sua vida quando começou estes sintomas?
 ない/Não
 ある/Sim なるべく詳しく/O mais detalhado possível ()
- ⑤ 今までにおおきな病気、けがで治療されたことがありますか。/Você já foi tratado por alguma doença ou lesão grave?
 ない/Não
 ある/Sim
 年頃/em (ano)aprox./idade: 歳頃 病名/nome da doença 入院/internação・手術/cirurgia
 年頃/em (ano)aprox./idade: 歳頃 病名/nome da doença 入院/internação・手術/cirurgia
 年頃/em (ano)aprox./idade: 歳頃 病名/nome da doença 入院/internação・手術/cirurgia
- ⑥ 輸血されたことがありますか。/Você já fez transfusão de sangue?
 いいえ/Não はい/Sim いつ頃/época(ano: 年頃)
 何をわかる範囲で/Tipo de transfusão, em detalhes o que souber()
- ⑦ 現在治療中(歯科を含む)の病気はありますか。(記入例、高血圧、糖尿病など)
 Tem alguma doença em tratamento (inclui tratamento dentário) (por ex., hipertensão, diabetes, etc.)
 ない/Não
 ある/Sim 病名/Nome da doença 医療機関名/Instituição médica: 所在地/Local: 市/-shi・町/-cho
 病名/Nome da doença 医療機関名/Instituição médica: 所在地/Local: 市/-shi・町/-cho
 病名/Nome da doença 医療機関名/Instituição médica: 所在地/Local: 市/-shi・町/-cho
 病名/Nome da doença 医療機関名/Instituição médica: 所在地/Local: 市/-shi・町/-cho
- ⑧ 現在、お薬を飲んでいますか。/Está tomando algum medicamento atualmente?
 飲んでいない/Não
 飲んでいる/Sim 薬品名/Nome do medicamento(わかる範囲で/o que você souber)(
 お薬手帳/Caderneta de medicação 持っていない/Não tenho 持っている/Tenho:
 : 診察時に見せていただくことがあります。/poderá ser solicitado a mostrar durante a consulta médica.

裏面にもご記入下さい/Segue no verso

⑨ 現在、サプリメントを飲んでいますか。/Está tomando algum suplemento atualmente?	<input type="checkbox"/> 飲んでいない/Não	<input type="checkbox"/> 飲んでいる/Sim 薬品名/Nome do produto(わかる範囲で/o que você souber)()
⑩ 血縁の方のなかで、おおきな病気をされた方がありますか。/Alguém dentre seus parentes de sangue já teve alguma doença grave? (記入例、祖父が胃がん、糖尿病など/Ex: meu avô teve câncer de estômago, diabetes, etc.)	<input type="checkbox"/> ない/Não	<input type="checkbox"/> ある/Sim ()
⑪ 薬や注射で副作用が出たことがありますか。/Já teve algum efeito colateral por medicamento ou injeção?	<input type="checkbox"/> ない/Não	<input type="checkbox"/> ある/Sim 薬品名/nome do medicamento(わかる範囲で/o que você souber)()
⑫ アレルギーはありますか。/É alérgico a alguma coisa? (花粉、食物などで/por ex., alergia a pólen, alimentos, etc.)	<input type="checkbox"/> ない/Não	<input type="checkbox"/> ある/Sim (<input type="checkbox"/> くすり/medicamento <input type="checkbox"/> 食べ物/alimento <input type="checkbox"/> その他/outras) 原因物質や薬品名/Subst. causadora ou nome do medicamento()
⑬ お酒を飲みますか。/Você bebe (bebida alcoólica)?	<input type="checkbox"/> 飲まない/Não	<input type="checkbox"/> 飲む/Sim (ビール____本、日本酒____合、焼酎____杯、ウイスキー____杯)を(毎日・週に数回・月に数回) 年間、飲んでいる。 (cerveja____unidade, sakê____gô, shochu____copo, uísque____copo) Bebo (todos os dias / algumas vezes por semana • mês) durante ano(s).
⑭ タバコを吸いますか。/Fuma cigarro?	<input type="checkbox"/> 吸わない/Não	<input type="checkbox"/> 吸う/Sim (才から 才まで、一日平均 本)を(吸っている ・ 吸っていたが止めた) (Desde os anos até os anos, cerca de cigarro(s) / dia) (fumo atualmente / fumava, mas já parei)
⑮ 最近の食欲、睡眠、便通はいかがですか。/Como está atualmente o seu apetite, sono e funcionamento do intestino?	1) 食欲/Apetite <input type="checkbox"/> 良好/Bom <input type="checkbox"/> 不良/Ruim	
2) 水分摂取/Consumo de líquidos <input type="checkbox"/> 良好/Bom <input type="checkbox"/> 不良/Ruim		
3) 睡眠/Sono <input type="checkbox"/> 良好/Bom <input type="checkbox"/> 不良/Ruim	1日平均_____時間/em média_____horas por dia	
4) 便通/Defecação <input type="checkbox"/> 普通/Normal <input type="checkbox"/> 便秘/Prisão de ventre <input type="checkbox"/> 下痢/Diarreia		
5) 排尿/Urina (1日に 回/vez/dia)		
⑯ ご職業はなんですか。/Qual é a sua ocupação (profissão)?	<u>今のお仕事/Serviço atual</u>	
以前のお仕事/Serviço no passado		
⑰ 最近1年間に海外旅行をしましたか。/Viajou ao exterior neste último ano?	<input type="checkbox"/> いいえ/Não	<input type="checkbox"/> はい/Sim どこへ/Para onde? (いつ/Quando?(ano 年 mês 月))
⑱ ペットを飼っていますか。/Tem algum animal de estimação?	<input type="checkbox"/> いいえ/Não	<input type="checkbox"/> はい/Sim 飼っている生き物名/Tipo do animal que está criando ()
◎女性の方のみお答えください/Apenas para as mulheres		
⑲ 現在、妊娠していますか。/Você está grávida?	<input type="checkbox"/> いいえ/Não	<input type="checkbox"/> はい/Sim 妊娠中/estou no (_____ヶ月/mês de gestação) ・ 可能性あり/Possível que esteja
⑳ 現在、授乳されていますか。/Você está amamentado atualmente?	<input type="checkbox"/> いいえ/Não <input type="checkbox"/> はい/Sim	
◎病院から連絡が必要な場合の連絡先/Meio de contato para quando o hospital precisar entrar em contato com você.		
㉑ □ご自宅/Residência □携帯/Celular □勤務先/Trabalho □その他/Outros 連絡先の電話番号/Telefone de contato(- - - -)		