

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・しろわクリニック・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		体温/Temperatura: _____ 度/ graus	
		(男・女) 年齢 (M / F) idade		身長/Altura: _____ cm	
生年月日		明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日		体重/Peso: _____ Kg	
Data de nascimento:		Meiji/Taisho/Showa/Heisei/Reiwa (ano) (mês) (dia)		血圧: _____ mmHg/ _____ mmHg	
(〒 _____) 牧之原市・御前崎市・菊川市・掛川市・袋井市・森町・磐田市		Makinohara-shi / Omaezaki-shi / Kikugawa-shi / Kakegawa-shi / Fukuroi-shi / Mori-machi / Iwata-shi		脈拍/Pulsação: _____ bpm	
住 所 Endereço				SPO2: _____ %	
電話番号/Telefone (自宅/Residencial)		(携帯電話/Celular)		※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、どのようでしたか。/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					

