

CLÍNICA GERAL

ない かもんしんひょう
内科問診票

Português
ポルトガル語

Marque com os itens correspondentes abaixo. あてはまるものにチェックしてください

ano 年 _____ mês 月 _____ dia 日 _____

nome 名前		<input type="checkbox"/> homem 男	<input type="checkbox"/> mulher 女
data de nascimento 生年月日	_____ ano 年 _____ mês 月 _____ dia 日	telefone 電話	
endereço 住所			
Você tem seguro de saúde? 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> sim はい	<input type="checkbox"/> não いいえ	
nacionalidade 国籍	idioma 言葉		

Qual é o seu problema? どうしましたか

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> febre(grau °C) 熱がある | <input type="checkbox"/> dor de garganta のどが痛い | <input type="checkbox"/> tosse せき | <input type="checkbox"/> dor de cabeça 頭が痛い |
| <input type="checkbox"/> dor no peito 胸が痛い | <input type="checkbox"/> erupção cutânea 発しん | <input type="checkbox"/> palpitação 動悸 | <input type="checkbox"/> falta de ar 息切れ |
| <input type="checkbox"/> inchaço むくみ | <input type="checkbox"/> vertigem めまい | <input type="checkbox"/> sensação de sufoco no peito 胸が苦しい | |
| <input type="checkbox"/> dor de barriga お腹が痛い | <input type="checkbox"/> dor no estômago 胃が痛い | <input type="checkbox"/> hipertensão 高血圧 | |
| <input type="checkbox"/> dormência, formigamento しびれ | <input type="checkbox"/> boca seca 口が渴く | <input type="checkbox"/> perda de peso 体重が減っている | |
| <input type="checkbox"/> flatulência (aumento da circunferência abdominal) お腹が張る | <input type="checkbox"/> náusea 吐き気 | <input type="checkbox"/> falta de apetite 食欲がない | <input type="checkbox"/> vômito 嘔吐 |
| <input type="checkbox"/> diarréia 下痢 | <input type="checkbox"/> sintoma cansaço facilmente 疲れやすい | <input type="checkbox"/> sangue nas fezes 血便 | <input type="checkbox"/> cansaço だるい |
| | | <input type="checkbox"/> outros 其他 | |

Desde quando? それはいつからですか

_____ ano 年 _____ mês 月 _____ dia 日 から

Tem reação alérgica a remédio ou alimentos? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか

sim はい → remédio 薬 comida 食べ物 outros 其他 não いいえ

Atualmente está tomando algum remédio? 現在飲んでいる薬はありますか

sim はい → Se tiver favor mostrar. 持っていれば見せてください não いいえ

Está grávida ou existe a possibilidade de estar grávida? 妊娠していますか、またその可能性はありますか

sim はい → _____ meses ヶ月 não いいえ

Está amamentando? 授乳中ですか

sim はい não いいえ

Já teve alguma doença até agora? 今までにかかった病気はありますか

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> doença gastrointestinal 胃腸の病気 | <input type="checkbox"/> doença do fígado 肝臓の病気 | <input type="checkbox"/> doença cardíaca 心臓の病気 |
| <input type="checkbox"/> doença renal 腎臓の病気 | <input type="checkbox"/> tuberculose 結核 | <input type="checkbox"/> asma ぜんそく |
| <input type="checkbox"/> hipertensão arterial 高血圧症 | <input type="checkbox"/> diabetes 糖尿病 | <input type="checkbox"/> sífilis 梅毒 |
| <input type="checkbox"/> AIDS エイズ | <input type="checkbox"/> doença da tireoide 甲状腺の病気 | |
| <input type="checkbox"/> outros 其他 | | |

Atualmente está em tratamento de alguma doença? 現在治療している病気はありますか

sim はい não いいえ

Já fez alguma cirurgia? 手術を受けたことがありますか

sim はい não いいえ

Recebeu transfusão de sangue? 輸血を受けたことがありますか

sim はい não いいえ

A partir de agora poderá trazer o tradutor por conta própria? 今後、通訳を自分で連れてくることができますか

sim はい não いいえ