

OFTALMOLOGIA

がん か もんしんひょう
眼科問診票

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 ねん 年

mês がつ 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"/> olho direito 右眼	<input type="checkbox"/> olho esquerdo 左眼	<input type="checkbox"/> ambos os olhos 両眼	<input type="checkbox"/> olhos lacrimejantes 涙が出る
<input type="checkbox"/> dor nos olhos 痛い	<input type="checkbox"/> secreção nos olhos 目やに	<input type="checkbox"/> inflamação はれもの	
<input type="checkbox"/> sensação de cisco no olho ゴロゴロする	<input type="checkbox"/> visão pouco nítida 見えにくい		
<input type="checkbox"/> imagem dupla 物が二重に見える	<input type="checkbox"/> ofuscamento da visão まぶしい	<input type="checkbox"/> outros その他	
Desde quando? それはいつからですか			
desde _____ 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			
<input type="checkbox"/> sim はい	→ <input type="checkbox"/> remédio 薬	<input type="checkbox"/> comida 食べ物	<input type="checkbox"/> outros その他 <input type="checkbox"/> não いいえ
Atualmente está tomando algum remédio? 現在飲んでいる薬はありますか			
<input type="checkbox"/> sim はい	→ Se tiver favor mostrar. 持っていれば見せてください		<input type="checkbox"/> 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			
<input type="checkbox"/> sim はい	→ _____ meses ヶ月	<input type="checkbox"/> não いいえ	
Está amamentando? 授乳中ですか		<input type="checkbox"/> sim はい	<input type="checkbox"/> não いいえ
Teve algum problema com a anestesia? 麻酔をして何かトラブルがありましたか		<input type="checkbox"/> sim はい	<input type="checkbox"/> 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"/> diabetes 糖尿病	<input type="checkbox"/> asma ぜんそく
<input type="checkbox"/> hipertensão arterial 高血圧症	<input type="checkbox"/> AIDS エイズ	<input type="checkbox"/> doença da tireoide 甲状腺の病気	<input type="checkbox"/> sífilis 梅毒
<input type="checkbox"/> outros その他			
Atualmente está em tratamento de alguma doença? 現在治療している病気はありますか		<input type="checkbox"/> sim はい	<input type="checkbox"/> não いいえ
Tem alguém na família com doença nos olhos? 家族で目の病気の人がありますか			
<input type="checkbox"/> sim いる	→ Quem? 誰が _____	Qual doença? それはどんな病気ですか _____	
<input type="checkbox"/> não いない			
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			
<input type="checkbox"/> sim はい <input type="checkbox"/> não いいえ			

