

ORTOPEDIA

せいけい げ か もんしんひょう
整形外科問診票

Português
ポルトガル語

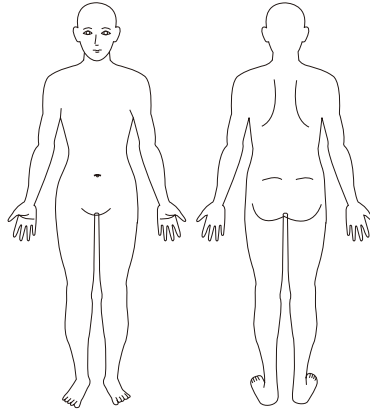
Marque com os itens correspondentes abaixo. あてはまるものにチェックしてください

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	 <p>Circule os locais onde apresenta os sintomas. 症状のあるところに丸をしてください</p>
<input type="checkbox"/> febre(grau °C) 熱がある <input type="checkbox"/> dor 痛み <input type="checkbox"/> ferimento, lesão けが <input type="checkbox"/> queimadura やけど <input type="checkbox"/> caroço しこり <input type="checkbox"/> está inchado はれもの <input type="checkbox"/> coceira かゆい <input type="checkbox"/> formigamento しびれ <input type="checkbox"/> torção ひねった <input type="checkbox"/> perda de peso 体重が減っている <input type="checkbox"/> outros その他	
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	
<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
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
Já fez alguma cirurgia? 手術を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> sim はい <input type="checkbox"/> não いいえ
Recebeu transfusão de sangue? 輸血を受けたことがありますか	<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
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	