

PEDIATRIA

しょうに かもんしんひょう
小児科問診票

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 da criança 子どもの名前	<input type="checkbox"/> homem 男 <input type="checkbox"/> mulher 女		
Data de nascimento 生年月日	_____ ano 年 _____ mês 月 _____ dia 日	Idade 年齢	_____ anos 才
Endereço 住所	Telefone 電話		
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 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"/> convulsão ひきつけをおこす
<input type="checkbox"/> indisposição 元気がない	<input type="checkbox"/> mal humor 機嫌が悪い	<input type="checkbox"/> inchaço むくみ	<input type="checkbox"/> dor de cabeça 頭が痛い
<input type="checkbox"/> dor de barriga お腹が痛い	<input type="checkbox"/> dor no peito 胸が痛い	<input type="checkbox"/> erupção cutânea 発しん	<input type="checkbox"/> dor de estômago 胃が痛い
<input type="checkbox"/> vômito 嘔吐	<input type="checkbox"/> falta de apetite 食欲がない	<input type="checkbox"/> náusea 吐き気	
<input type="checkbox"/> ganho de peso insuficiente 体重の増加不良		<input type="checkbox"/> diarreia 下痢	<input type="checkbox"/> sangue nas fezes 血便
<input type="checkbox"/> não está tomando muito leite ミルクの飲みが悪い		<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"/> ovo 卵 <input type="checkbox"/> leite 牛乳 <input type="checkbox"/> comida その他の食べ物 <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
--

Que tipo de remédio a criança consegue tomar? どんな種類の薬が飲めますか

<input type="checkbox"/> xarope シロップ <input type="checkbox"/> remédio em pó 粉薬 <input type="checkbox"/> comprimido/cápsula 錠剤またはカプセル
--

Como foi o parto? 出産の時のようす

peso do bebê _____ g 赤ちゃんの体重	idade da mãe _____ 母親の年齢
<input type="checkbox"/> parto normal 正常分娩	<input type="checkbox"/> parto anormal 異常分娩 <input type="checkbox"/> parto cesariano 帝王切開

Vacinas preventivas que já tomou 接種済み予防接種

<input type="checkbox"/> hib ヒブ <input type="checkbox"/> pneumocócica 肺炎球菌 <input type="checkbox"/> pólio ポリオ		
<input type="checkbox"/> DTV/IPV tetravalentes conjuntos 三種混合	<input type="checkbox"/> DTP/IPV (contra difteria, tétano e coqueluche/ pólio inativada) 四種混合	<input type="checkbox"/> BCG BCG
<input type="checkbox"/> MR (vacina conjunta de sarampo e rubéola) 麻しん・風しん混合	<input type="checkbox"/> catapora 水ぼうそう	<input type="checkbox"/> caxumba おたふく風邪
<input type="checkbox"/> encefalite Japonesa 日本脳炎 <input type="checkbox"/> rotavírus ロタウイルス <input type="checkbox"/> outros その他		

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"/> rubéola 風しん <input type="checkbox"/> catapora 水ぼうそう <input type="checkbox"/> sarampo 麻しん <input type="checkbox"/> asma ぜんそく
<input type="checkbox"/> caxumba おたふく風邪 <input type="checkbox"/> coqueluche 百日ぜき <input type="checkbox"/> apendicite 虫垂炎 <input type="checkbox"/> doença de Kawasaki 川崎病
<input type="checkbox"/> exantema súbito 突発性発しん <input type="checkbox"/> encefalite japonesa 日本脳炎 <input type="checkbox"/> convulsão febril 熱性けいれん
<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 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

Teve algum problema com a anestesia? 麻酔をして何かトラブルがありましたか 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

<input type="checkbox"/> sim はい <input type="checkbox"/> não いいえ
--