

CIRURGIA

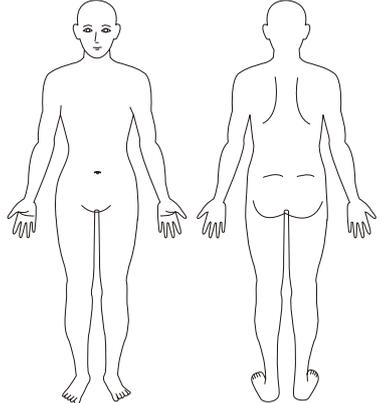
げ か もんしんひょう
外科問診票

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 ねん 年 mês がつ 月 dia 日にち 日

nome 名前 <small>なまえ</small>			<input type="checkbox"/> homem 男 <small>おとこ</small>	<input type="checkbox"/> mulher 女 <small>おんな</small>
data de nascimento 生年月日 <small>せいねんがっぴ</small>	_____ ano 年 <small>ねん</small>	_____ mês 月 <small>がつ</small>	_____ dia 日 <small>にち</small>	telefone 電話 <small>でんわ</small>
endereço 住所 <small>じゅうしょ</small>				
Você tem seguro de saúde? 健康保険を持っていますか? <small>けんこうほけんも</small>	<input type="checkbox"/> sim はい		<input type="checkbox"/> não いいえ	
nacionalidade 国籍 <small>こくせき</small>			idioma 言葉 <small>ことば</small>	

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 <small>ねつ</small> <input type="checkbox"/> dor de barriga お腹が痛い <small>なかいた</small> <input type="checkbox"/> ferimento, lesão けが <input type="checkbox"/> queimadura やけど <input type="checkbox"/> tem nódulos しこり <input type="checkbox"/> torção ひねった <input type="checkbox"/> dormência, formigamento しびれ <input type="checkbox"/> perda de peso 体重が減っている <small>たいじゅうへ</small> <input type="checkbox"/> coceira かゆい <input type="checkbox"/> cálculos renais 胆石 <small>たんせき</small> <input type="checkbox"/> inchaço 腫れ <small>は</small> <input type="checkbox"/> hemorróidas 痔 <input type="checkbox"/> hematoquesia, fezes com sangue 血便 <small>けつべん</small> <input type="checkbox"/> glândula tiróide のど(甲状腺) <small>こうじょうせん</small> <input type="checkbox"/> hérnia 脱腸(ヘルニア) <small>だつちよう</small> <input type="checkbox"/> outros その他 <small>た</small>		
Desde quando? それはいつからですか		
_____ ano 年 <small>ねん</small> _____ mês 月 <small>がつ</small> _____ dia 日 <small>にち</small> 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 <small>くすり た もの</small>		
<input type="checkbox"/> sim はい → <input type="checkbox"/> remédio 薬 <small>くすり</small> <input type="checkbox"/> comida 食べ物 <small>た もの</small> <input type="checkbox"/> outros その他 <input type="checkbox"/> não いいえ		
Atualmente está tomando algum remédio? 現在飲んでる薬はありますか <small>げんざいの くすり</small>		
<input type="checkbox"/> sim はい → Se tiver favor mostrar. 持っていれば見せてください <small>も み</small> <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 <small>にんしん かのうせい</small>		
<input type="checkbox"/> sim はい → _____ meses ヶ月 <small>かげつ</small> <input type="checkbox"/> não いいえ		
Está amamentando? 授乳中ですか <small>じゆにやうちゆう</small>		<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 <small>いま びょうき</small>		
<input type="checkbox"/> doença gastrointestinal 胃腸の病気 <small>いちょう びょうき</small> <input type="checkbox"/> doença do fígado 肝臓の病気 <small>かんぞう びょうき</small> <input type="checkbox"/> doença cardíaca 心臓の病気 <small>しんぞう びょうき</small> <input type="checkbox"/> doença renal 腎臓の病気 <small>しんぞう びょうき</small> <input type="checkbox"/> tuberculose 結核 <small>けっかく</small> <input type="checkbox"/> diabetes 糖尿病 <small>とうりょうびょう</small> <input type="checkbox"/> asma ぜんそく <input type="checkbox"/> hipertensão arterial 高血圧症 <small>こうけつあつしやう</small> <input type="checkbox"/> AIDS エイズ <input type="checkbox"/> doença da tireoide 甲状腺の病気 <small>こうじょうせん びょうき</small> <input type="checkbox"/> sífilis 梅毒 <input type="checkbox"/> outros その他 <small>た</small>		
Atualmente está em tratamento de alguma doença? 現在治療している病気はありますか <small>げんざい ちりやう びょうき</small>		<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 <small>しゆじゆつ じゆ</small>		<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 <small>ゆけつ ちゆう</small>		<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 <small>ますい なに</small>		<input type="checkbox"/> sim はい <input type="checkbox"/> não いいえ
Assinalar somente as pessoas com carta de apresentação. 紹介状のある方だけ書いてください <small>しょうかいじやう かた か</small>		
Tem o filme da radiografia (chapa)? レントゲンフィルムを持っていますか <small>しやうかいじやう</small>		<input type="checkbox"/> sim はい <input type="checkbox"/> não いいえ
Tem o resultado do exame da endoscopia? 内視鏡フィルムを持っていますか <small>ないしきやう</small>		<input type="checkbox"/> sim はい <input type="checkbox"/> não いいえ

A partir de agora poderá trazer o tradutor por conta própria? こんご つかやく しぶん っ 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

〈2/2ページ〉