

# OTORRINOLARINGOLOGIA (OUVIDOS, NARIZ, GARGANTA)

Português  
ポルトガル語

じ び いん とう か もん しん ひょう  
耳鼻咽喉科問診票

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>せいねんがつび</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			
<input type="checkbox"/> febre( grau °C) 熱がある <small>ねつ</small>	<input type="checkbox"/> cabeça pesada 頭が重い <small>あたま おも</small>		
<input type="checkbox"/> dor de cabeça 頭が痛い <small>あたま いた</small>			
Sintomas do ouvido 耳の症状 <small>みみ しやうじょう</small>			
<input type="checkbox"/> direita 右 <small>みぎ</small>	<input type="checkbox"/> esquerda 左 <small>ひだり</small>	<input type="checkbox"/> ambos 両方 <small>りやうほう</small>	<input type="checkbox"/> dor no ouvido 耳が痛い <small>みみ いた</small>
<input type="checkbox"/> pus no ouvido 耳だれ <small>みみ</small>	<input type="checkbox"/> zumbido no ouvido 耳なり <small>みみ</small>	<input type="checkbox"/> cerume 耳あか <small>みみ</small>	<input type="checkbox"/> tontura めまい
<input type="checkbox"/> dificuldade em ouvir 聞こえが悪い <small>き</small>	<input type="checkbox"/> sensação de ouvido entupido 耳がふさがった感じ <small>みみ</small>		
Sintomas do nariz 鼻の症状 <small>はな しやうじょう</small>			
<input type="checkbox"/> nariz entupido 鼻がつまる <small>はな</small>	<input type="checkbox"/> secreção nasal 鼻がでる <small>はな</small>	<input type="checkbox"/> espirro くしゃみ	<input type="checkbox"/> hemorragia nasal 鼻血 <small>はなぢ</small>
<input type="checkbox"/> ronco いびき	<input type="checkbox"/> perda do olfato においがわからない		
Sintomas da garganta のどの症状 <small>のど しやうじょう</small>			
<input type="checkbox"/> dor na língua 舌が痛い <small>した いた</small>	<input type="checkbox"/> dor de garganta のどが痛い <small>のど いた</small>	<input type="checkbox"/> tosse せき	<input type="checkbox"/> catarro たん
<input type="checkbox"/> sensação de algo preso na garganta のどに何かある感じ <small>のど</small>	<input type="checkbox"/> rouquidão 声がかれる <small>こゑ</small>		
<input type="checkbox"/> dificuldade para engolir 飲み込みにくい <small>のこ</small>	<input type="checkbox"/> inchaço do rosto / pescoço 顔・頸部(くび)の腫れ <small>かお けいぶ は</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 たの 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>たの もの</small>	<input type="checkbox"/> outros その他 <small>た</small>	<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 <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</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>じゅにゅうちゆう</small>		<input type="checkbox"/> sim はい	<input type="checkbox"/> não いいえ
Bebe bebida alcoólica 酒を飲みますか <small>さけ の</small>	<input type="checkbox"/> sim はい → _____ ml por dia ml/日 <small>ひ</small>	<input type="checkbox"/> não いいえ	
Fuma cigarros たばこを吸いますか <small>す</small>	<input type="checkbox"/> sim はい → _____ cigarros por dia 本/日 <small>ほん ひ</small>	<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 うえ</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 うえ</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
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 <small>こんご づうやく じぶん づ</small>			
<input type="checkbox"/> sim はい		<input type="checkbox"/> não いいえ	