

CLÍNICA GERAL

ない かもんしんひょう
内科問診票

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

<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"/> dor de cabeça 頭が痛い
<input type="checkbox"/> dor no peito 胸が痛い	<input type="checkbox"/> erupção cutânea 発しん	<input type="checkbox"/> palpitação 動悸	<input type="checkbox"/> falta de ar 息切れ
<input type="checkbox"/> inchaço むくみ	<input type="checkbox"/> vertigem めまい	<input type="checkbox"/> sensação de sufoco no peito 胸が苦しい	
<input type="checkbox"/> dor de barriga お腹が痛い	<input type="checkbox"/> dor no estômago 胃が痛い	<input type="checkbox"/> hipertensão 高血圧	
<input type="checkbox"/> dormência, formigamento しびれ	<input type="checkbox"/> boca seca 口が渇く	<input type="checkbox"/> perda de peso 体重が減っている	
<input type="checkbox"/> flatulência (aumento da circunferência abdominal) お腹が張る		<input type="checkbox"/> falta de apetite 食欲がない	<input type="checkbox"/> vômito 嘔吐
<input type="checkbox"/> náusea 吐き気	<input type="checkbox"/> diarreia 下痢	<input type="checkbox"/> sangue nas fezes 血便	<input type="checkbox"/> cansaço だるい
<input type="checkbox"/> sinto cansaço facilmente 疲れやすい		<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

sim はい → remédio 薬 comida 食べ物 outros その他 não いいえ

Atualmente está tomando algum remédio? 現在飲んでいる薬はありますか

sim はい → Se tiver favor mostrar. 持っていれば見せてください 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

sim はい → _____ meses ヶ月 não いいえ

Está amamentando? 授乳中ですか sim はい 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"/> 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"/> outros その他		<input type="checkbox"/> sífilis 梅毒

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

Recebeu transfusão de sangue? 輸血を受けたことがありますか 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

sim はい não いいえ

