

# NEUROCIRURGIA

のうしんけいげ かもんしんひょう  
脳神経外科問診票

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

<input type="checkbox"/> dor de cabeça 頭が痛い	<input type="checkbox"/> vertigem めまい	<input type="checkbox"/> náuseas 吐き気	<input type="checkbox"/> vômito 嘔吐
<input type="checkbox"/> tinido nos ouvidos 耳鳴り	<input type="checkbox"/> tensão nos ombros 肩こり	<input type="checkbox"/> dormência, formigamento しびれ	
<input type="checkbox"/> tremor nas mãos e pernas 手足のふるえ		<input type="checkbox"/> perda de consciência 意識がなくなる	
<input type="checkbox"/> dificuldade de ouvir 聞こえにくい	<input type="checkbox"/> dificuldade de ver 物が見えにくい	<input type="checkbox"/> dificuldade para andar 歩きにくい	
<input type="checkbox"/> dificuldade para movimentar mãos e pernas 手足の動きが悪い		<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

Bateu a cabeça? 頭をぶつきましたか

sim はい → \_\_\_\_\_ ano 年 \_\_\_\_\_ mês 月 \_\_\_\_\_ dia 日から

não いいえ

Qual parte da cabeça bateu? どこをぶつきましたか

<input type="checkbox"/> a parte frontal da cabeça 前頭部	<input type="checkbox"/> atrás da cabeça 後頭部
<input type="checkbox"/> do lado direito 右横	<input type="checkbox"/> do lado esquerdo 左横

Foi acidente de trânsito? 交通事故ですか

sim はい  não いいえ

Perguntas para pessoa com dor de cabeça. 頭が痛い方への質問です

Onde está doendo? どこが痛みますか

<input type="checkbox"/> a parte frontal da cabeça 前頭部	<input type="checkbox"/> atrás da cabeça 後頭部	<input type="checkbox"/> do lado direito 右横
<input type="checkbox"/> do lado esquerdo 左横	<input type="checkbox"/> a cabeça inteira 頭全体	

Como é a dor? どのように痛みますか

<input type="checkbox"/> latejante ズキンズキン	<input type="checkbox"/> intensa ガンガン	<input type="checkbox"/> insuportável ガーンと割れるように
<input type="checkbox"/> aguda キリキリ	<input type="checkbox"/> constante (sempre) チクチク	<input type="checkbox"/> outros その他

Quando a dor é mais forte? いつが一番痛いですか

<input type="checkbox"/> manhã 朝	<input type="checkbox"/> tarde 昼	<input type="checkbox"/> noite 夕方	<input type="checkbox"/> o dia todo 一日中
----------------------------------	----------------------------------	-----------------------------------	---

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? <small>にんしん</small> 妊娠していますか、またその可能性はありますか <small>かのうせい</small>		
<input type="checkbox"/> sim はい → _____	mêses <small>かげつ</small> ヶ月	<input type="checkbox"/> não いいえ
Está amamentando? <small>じゆにゆうちゆう</small> 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? <small>いま</small> 今までにかかった <small>びょうき</small> 病気はありますか		
<input type="checkbox"/> doença gastrointestinal <small>いちよう</small> 胃腸の <small>びょうき</small> 病気	<input type="checkbox"/> doença do fígado <small>かんぞう</small> 肝臓の <small>びょうき</small> 病気	<input type="checkbox"/> doença cardíaca <small>しんぞう</small> 心臓の <small>びょうき</small> 病気
<input type="checkbox"/> doença renal <small>じんぞう</small> 腎臓の <small>びょうき</small> 病気	<input type="checkbox"/> tuberculose <small>けっかく</small> 結核	<input type="checkbox"/> diabetes <small>とうにょうびよう</small> 糖尿病
<input type="checkbox"/> hipertensão arterial <small>こうけつあつしやう</small> 高血圧症	<input type="checkbox"/> AIDS エイズ	<input type="checkbox"/> doença da tireoide <small>こうじやうせん</small> 甲状腺の <small>びょうき</small> 病気
<input type="checkbox"/> outros <small>た</small> その他		<input type="checkbox"/> asma <small>ぜんそく</small> ぜんそく
		<input type="checkbox"/> sífilis <small>ばいどく</small> 梅毒
Atualmente está em tratamento de alguma doença? <small>げんざい</small> 現在治療している <small>びょうき</small> 病気はありますか		<input type="checkbox"/> sim はい <input type="checkbox"/> não いいえ
Bebe bebida alcoólica? <small>さけ</small> 酒を <small>の</small> 飲みますか	<input type="checkbox"/> sim はい → _____ ml por dia	ml/日 <small>ひ</small> <input type="checkbox"/> não いいえ
Fuma cigarros <small>す</small> たばこを吸いますか	<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? <small>しゆじゆつ</small> 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
Teve algum problema com a anestesia? <small>ますい</small> 麻酔をして <small>なに</small> 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? <small>こんご</small> 今後、 <small>つうやく</small> 通訳を <small>じぶん</small> 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	

<2/2ページ>