

# GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

さん ふ じん か もんしんひょう  
産婦人科問診票

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

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

gravidez 妊娠  menstruação anormal 月経の異常  corrimento vaginal おりもの  Dor na parte inferior do abdômen 下腹部が痛い

hemorragia anormal do órgão genital 不正性器出血  pólipos ポリープ  cisto no ovário 卵巣のう腫瘍

coceira na vagina 性器のかゆみ  mioma no útero 子宮筋腫  exame preventivo de câncer がん検診

infertilidade 不妊症  anemia 貧血  outros その他

Quanto a menstruação 生理について

Quando foi a sua primeira menstruação? 初めて生理があったのはいつですか

idade \_\_\_\_\_ anos 才

Quando foi a menopausa 閉経はいつですか

idade \_\_\_\_\_ anos 才

Seu ciclo menstrual é regular? 生理は順調ですか

sim はい  não いいえ

intervalo 周期について

28 dias 28日型  30 dias 30日型  \_\_\_\_\_ dias 日型  irregular 不順

Quantos dias dura a menstruação? 生理の期間について

Durante \_\_\_\_\_ dias 日間

volume de sangue menstrual 生理の量について

excessivo 多い  normal 普通  escasso 少ない

Tem cólicas menstruais 生理痛はありますか

sim はい  não いいえ

Quando foi a sua última menstruação? 最終月経は

\_\_\_\_\_ mês 月 \_\_\_\_\_ dia 日

Quantas vezes você ficou grávida? 妊娠した回数

gravidez 妊娠 \_\_\_\_\_ vezes 回

partos 分娩 \_\_\_\_\_ vezes 回 →  parto normal 正常分娩 \_\_\_\_\_ vezes 回  parto anormal 異常分娩 \_\_\_\_\_ vezes 回

aborto 流産 \_\_\_\_\_ vezes 回 →  aborto natural 自然流産 \_\_\_\_\_ vezes 回  aborto induzido 人工流産 \_\_\_\_\_ vezes 回

outros その他  gravidez ectópico 子宮外妊娠  mola hidatiforme 胎状奇胎

Para as gestantes: deseja fazer o parto neste hospital? 妊娠の方は当院での出産を希望しますか

sim はい  não いいえ

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

Fez algum exame preventivo de câncer? がん検診を受けたことがありますか

sim はい → \_\_\_\_\_ ano 年 \_\_\_\_\_ mês 月 \_\_\_\_\_ dia 日  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

doença gastrointestinal 胃腸の病気  doença do fígado 肝臓の病気  doença cardíaca 心臓の病気

doença renal 腎臓の病気  tuberculose 結核  diabetes 糖尿病

hipertensão arterial 高血圧症  AIDS エイズ  doença da tireoide 甲状腺の病気  asma ぜんそく

outros その他  doença venérea 性病

Já fez alguma cirurgia? <small>しゆじゆつ う</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			
Recebeu transfusão de sangue? <small>ゆけつ う</small> 輸血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			
Histórico de doenças na família <small>かぞく びょうれき</small> 家族の病歴							
	idade <small>ねんれい</small> 年齢	com saúde <small>けんこう</small> 健康	não é saudável <small>けんこう ではない</small> 健康ではない	doenças hereditárias <small>いでんびょう</small> 遺伝病	hipertensão arterial <small>こうけつあつ</small> 高血圧	diabetes <small>とうにょうびょう</small> 糖尿病	câncer <small>がん</small> がん
pai verdadeiro <small>ちち</small> 父	( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mãe verdadeiro <small>はは</small> 母	( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
irmãos <small>きょうだい</small> 兄弟	( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
irmãs <small>しまい</small> 姉妹	( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
marido <small>おっと</small> 夫	( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
filhos <small>こども</small> 子ども	( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A partir de agora poderá trazer o tradutor por conta própria? <small>こんご つうやく しぶん つ</small> 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					

<2/2ページ>