

ODONTOLOGIA

し か もんしんひょう
歯科問診票

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 dente 歯が痛い	<input type="checkbox"/> caiu a obturação つめ物がとれた	<input type="checkbox"/> dor na gengiva 歯ぐきが痛い	
<input type="checkbox"/> tratar o dente com cáries 虫歯を治してほしい	<input type="checkbox"/> quero fazer dentadura 入れ歯を作りたい	<input type="checkbox"/> quebrou a dentadura 入れ歯がこわれた	
<input type="checkbox"/> quero corrigir a posição dos dentes 歯並びを治したい	<input type="checkbox"/> exame dentário 検診		
<input type="checkbox"/> quero remover tártaro e placa dental 歯石・歯垢を取りたい	<input type="checkbox"/> halitose 口臭	<input type="checkbox"/> outros その他	
Tem reação alérgica a remédio ou alimentos? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか			
<input type="checkbox"/> sim はい → <input type="checkbox"/> remédio 薬	<input type="checkbox"/> comida 食べ物	<input type="checkbox"/> outros その他	<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			
<input type="checkbox"/> sim はい → Se tiver favor mostrar. 持っていれば見せてください		<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		<input type="checkbox"/> sim はい	<input type="checkbox"/> não いいえ
Extraíu algum dente? 歯を抜いたことがありますか		<input type="checkbox"/> sim はい	<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			
<input type="checkbox"/> sim はい → _____ meses ヶ月		<input type="checkbox"/> não いいえ	
Está amamentando? 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? 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"/> asma ぜんそく
<input type="checkbox"/> hipertensão arterial 高血圧症	<input type="checkbox"/> AIDS エイズ	<input type="checkbox"/> doença da tireóide 甲状腺の病気	<input type="checkbox"/> sífilis 梅毒
<input type="checkbox"/> outros その他			
Atualmente está em tratamento de alguma doença? 現在治療している病気はありますか		<input type="checkbox"/> sim はい	<input type="checkbox"/> não いいえ
Que tipo de tratamento deseja. 治療に対する希望			
<input type="checkbox"/> Quero tratar todos os dentes com problema. 悪いところは全て治したい			
<input type="checkbox"/> Quero tratar somente o dente que está doendo. 今痛い歯だけを治したい			
<input type="checkbox"/> Posso pagar as despesas médicas mesmo que não sejam cobertas pelo seguro. 自費診療でもかまわない			
<input type="checkbox"/> Quero tratar dentro da cobertura do seguro. 保険の範囲内で治したい			
<input type="checkbox"/> Gostaria de decidir após a consulta. 相談して決めたい			
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			
<input type="checkbox"/> sim はい		<input type="checkbox"/> não いいえ	