

問診表 Questionário

ポルトガル語

年 月 日

フリガナ		Sexo <input type="checkbox"/> Homem <input type="checkbox"/> Mulher	Peso(Menores de 14 anos de idade) (kg)
氏名: O nome		生年月日 Data de nascimento (YYYY/MM/DD)	/ / (ano de idade)
住所: Endereço	TEL		
勤務先: Empresa aonde trabalha			
交通事故: Acidente de trânsito (相手方氏名: Nome do partido)			

いつから: Desde quando?	
どのような症状がありますか? Você tem algum sintoma?	
今まで右記のような病気はありますか? Tem alguma doença?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 糖尿病: Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> 痛風: Gota <input type="checkbox"/> 高血圧: Pressão arterial elevada <input type="checkbox"/> 肝臓病: Doença hepática <input type="checkbox"/> 腎臓病: Doença renal <input type="checkbox"/> ガン: Câncer <input type="checkbox"/> 喘息: Asma <input type="checkbox"/> 花粉症: Alergia a polen <input type="checkbox"/> 心臓病: Doença cardíaca <input type="checkbox"/> その他: Outros ()
入院・手術をしたことはありますか? Já fez alguma cirurgia ou foi internado?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> SIM (病院名: Nome do hospital:) (病名: Nome da doença:)
現在、他の病院に通院中ですか? Frequenta algum hospital?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> SIM (病院名: Nome do hospital:) (病名: Nome da doença:)
現在、服用中のお薬はありますか? (お薬手帳をお持ちでしたら提示して下さい) Toma algum medicamento? (Forneça por favor o nome ou caderneta de medicamento)	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> SIM (薬名: Nome do remédio:)
今までに薬や注射でアレルギーがでたことはありますか? (じんましん・気分不良等) Ja teve alguma alergia com medicamentos ou injeções? (Urticária, mal estar, etc.)	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> SIM (薬名: Nome do remédio:)
タバコは吸いますか? Fuma cigarros?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> SIM () 何年間: Há quantos anos? () 一日に何本: Fuma quantos cigarro por dia? ()
アルコールは飲みますか? Bebe álcool?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> SIM () 週に何日: Em uma semana toma Quantas vezes? () 種: que tipo de alcool?() 量: Em dia quanta dose()ml
女性の方へ: 現在妊娠中又は授乳中ですか? Para as mulheres: Esta grávida ou amamentando?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 妊娠: Gravidez: ()mês <input type="checkbox"/> 授乳中: Aleitamento materno <input type="checkbox"/> 可能性あり: Potencial e
診察や治療に関するご希望はありますか? Fez algum tratamento?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 血液検査: Exame de sangue <input type="checkbox"/> リハビリ: Reabilitação <input type="checkbox"/> レントゲン: Raios-x <input type="checkbox"/> その他: Outros ()