

OFTALMOLOGIA

眼科問診票

Marque com (✓) nos a baixo.

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	
endereço 住所	telefone 電話
Você tem seguro de saúde? 健康保険を持っていますか?	
<input type="checkbox"/> não 無 <input type="checkbox"/> sim 有	
nacionalidade 国籍	idioma 言葉

Qual é o seu problema? どうしましたか

- olho direito 右眼 olho esquerdo 左眼 ambos os olhos 両眼
 secreção nos olhos 目やに os olhos lacrimejam 涙が出る
 dor nos olhos 痛い erupção おでき
 sensação desagradável de ter algo estranho no olho ゴロゴロする
 imagem dupla 物が二重に見える visão pouco nítida 見えにくい
 ofuscamento da visão まぶしい outros その他

* Desde quando? それはいつごろからですか

desde _____ ano 年 _____ mês 月 _____ dia 日から

Teve alergia a remédios ou comidas?

薬や食物でアレルギーを生じたことがありますか

- não 無 sim 有 → remédio 薬 comida 食物 outros その他

Está tomando remédios atualmente? 現在毎日飲んでいる薬はありますか

- não 無
 sim 有 → Mostre-me o remédio. 持っていれば見せてください

Ja foi anestesiado? 麻酔をしたことがありますか

- não 無 sim 有

Histórico clínico do paciente? 今までにかかった病気はありますか

- doença no fígado 肝臓の病気 desordem gastro-intestinal 胃腸の病気
 diabetes 糖尿病 doença pulmonar 肺の病気
 AIDS エイズ doença cardíaca 心臓の病気
 hipertensão 高血圧症 sífilis 梅毒
 outros その他

* Está em tratamento (doença)? 現在治療を受けている病気はありますか

- não 無 sim 有

Tem alguém na família com doença nos olhos? 家族で目の病気の人はいませんか

- não いない
 sim いる → Quem? 誰が _____
Qual doença? それはどんな病気ですか _____

produced by 国際交流/ハーティ港南台 directed by DIGITALIUM projects!!•Illusion Mill

担当医・支援者の方々へ

この問診票は、在日外国人支援ボランティアによって作成されたものを、インターネットや支援者のネットワークを通じて、無料で配布しているものです。翻訳に関しては、できる限りの正確さをきいたつもりですが、間違い等が見つかりましたら随時修正版を下記インターネットサイトにて配信しております。またインターネットサイトには、これ以外の科目や言語の問診票、医療制度情報などがありますので、必要に応じてご利用ください。また、翻訳の間違いや、追加したほうがいい質問事項等がありましたら下記のサイトにメールで情報をいただければ幸いです。

CIRURGIA

外科問診票

Marque com (✓) nos a baixo.

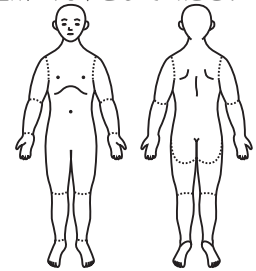
ano 年 mês 月 dia 日

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	
endereço 住所	telefone 電話
Você tem seguro de saúde? 健康保険を持っていますか?	
<input type="checkbox"/> não 無 <input type="checkbox"/> sim 有	
nacionalidade 国籍	idioma 言葉

Qual é o seu problema? どうしましたか

* Marque com círculos ○

- | | | |
|---|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> estômago 胃 | <input type="checkbox"/> intestino 腸 | <input type="checkbox"/> pulmão 肺 |
| <input type="checkbox"/> pescoço 首 | <input type="checkbox"/> dor no ventre 腰痛 | <input type="checkbox"/> umbigo へそ |
| <input type="checkbox"/> tem nódulos しこり | <input type="checkbox"/> hemorróidas 痔 | <input type="checkbox"/> mamilo 乳房 |
| <input type="checkbox"/> cálculos renais 胆石 | <input type="checkbox"/> hérnia 脱腸 (ヘルニア) | |
| <input type="checkbox"/> fezes sanguinolentas 血便 | <input type="checkbox"/> espinha dorsal おでき | |
| <input type="checkbox"/> glândula tireóide のど (甲状腺) | <input type="checkbox"/> perda de peso 体重減少 | |
| <input type="checkbox"/> ferida けが | <input type="checkbox"/> outros その他 | |

onde tem o problema
その個所に丸印をしてください

* Desde quando? それはいつからですか

_____ ano 年 _____ mês 月 _____ dia 日 às _____ hs 時頃

Para quem respondeu que tem dor de ventre. 腰痛と答えた方だけお書きください

* Aonde doi? どこが痛みますか

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> parte direita e inferior da barriga 右下腹部 | <input type="checkbox"/> parte esquerda e inferior da barriga 左下腹部 |
| <input type="checkbox"/> parte superior da barriga 上腹部 | <input type="checkbox"/> parte inferior da barriga 下腹部全体 |

* Quando foi a última refeição? 最後に食事をした時間は

_____ mês 月 _____ dia 日 às _____ hs 時頃

Teve alergia a remédios ou comidas? 薬や食物でアレルギーを生じたことがありますか

- | | |
|--------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> não 無 | <input type="checkbox"/> sim 有 → <input type="checkbox"/> remédio 薬 <input type="checkbox"/> comida 食物 <input type="checkbox"/> outros その他 |
|--------------------------------|--|

Está tomando remédios atualmente? 現在毎日飲んでいる薬はありますか

- | | |
|--------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> não 無 | <input type="checkbox"/> sim 有 → Mostre-me o remédio. 持っていれば見せてください |
|--------------------------------|---|

Está grávida ou desconfia que está? 妊娠していますか、また可能性がありますか

- | | |
|--------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> não 無 | <input type="checkbox"/> sim 有 → _____ meses ヶ月 |
|--------------------------------|---|

Histórico clínico do paciente? 今までにかかった病気はありますか

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> diabetes 糖尿病 | <input type="checkbox"/> hipertensão 高血圧 | <input type="checkbox"/> glândula tireóide 甲状腺 |
| <input type="checkbox"/> doença no 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"/> AIDS エイズ | <input type="checkbox"/> tuberculose 結核 | <input type="checkbox"/> asma 喘息 <input type="checkbox"/> outros その他 |

* Está em tratamento (doença)? 現在治療を受けている病気はありますか

- | | |
|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> não 無 | <input type="checkbox"/> sim 有 |
|--------------------------------|--------------------------------|

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

- | | |
|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> não 無 | <input type="checkbox"/> sim 有 |
|--------------------------------|--------------------------------|

Submeteu-se a alguma cirurgia? 手術を受けたことがありますか

- | | |
|--------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> não 無 | <input type="checkbox"/> sim 有 → idade 年齢: _____ anos 歳 _____ meses ヶ月 |
|--------------------------------|--|

Para aqueles que trouxeram uma carta de apresentação. 紹介状のある方だけお書きください

* Trouxe a radiografia? 借用のレントゲンフィルムを持っていますか não 無 sim 有* Trouxe o filme da endoscopia? 借用の内視鏡フィルムを持っていますか não 無 sim 有

produced by 国際交流/ハーティ港南台 directed by DIGITALIUM projects!!•Illusion Mill

担当医・支援者の方々へ

この問診票は、在日外国人支援ボランティアによって作成されたものを、インターネットや支援者のネットワークを通じて、無料で配布しているものです。翻訳に関しては、できる限りの正確さをきつたつもりですが、間違い等が見つかりましたら随時修正版を下記インターネットサイトにて配信しております。またインターネットサイトには、これ以外の科目や言語の問診票、医療制度情報などがありますので、必要に応じてご利用ください。また、翻訳の間違いや、追加したほうが良い質問事項等がありましたら下記のサイトにメールで情報をいただければ幸いです。

GINECOLOGIA E OBSTETRICIA

産婦人科問診票

Marque com (✓) nos a baixo.

ano 年 mês 月 dia 日

nome 名前 data de nascimento: 生年月日 ____ ano 年 ____ mês 月 ____ dia 日

endereço 住所 telefone 電話

Você tem seguro de saúde? 健康保険を持っていますか?
 não 無 sim 有

nacionalidade 国籍 idioma 言葉

Qual é o motivo da sua vinda ao hospital? ご来院の目的は

- gravidez 妊娠 menstruação irregular 月経異常 anemia 貧血
 hemorragia no intervalo dos períodos 不正性器出血 pólipos ポリープ
 coceira nas partes íntimas 性器のかゆみ dor no ventre 腰痛
 fibroma no útero 子宮筋腫 quisto no ovário 卵巣のう腫瘍 esterilidade 不妊症
 corrimento おりもの exame de câncer がん検診 outros その他

Menstruação? 月経について

- * Quando foi a sua primeira menstruação? 初めて生理があったのはいつですか idade 年齢 ____
 * Quando teve a menopausa? 閉経はいつですか idade 年齢 ____
 * Suas regras são regulares? 生理は順調ですか não いいえ sim はい
 * 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 duram suas regras? 持続期間について Durante ____ dias 日間
 * quantidade 生理の量について
 excessivo 多い normal 普通 escasso 少ない
 * cólica 生理痛について
 não 無 sim 有 → dor no baixo ventre 下腹部 dor nos quadris 腰痛
 outros その他
 * Quando foi a sua última menstruação? 最終月経は
 em ____ ano 年 ____ mês 月 ____ dia 日から por ____ dias 日間

Histórico da gravidez 妊娠歴

- 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 provocado 人工流産 ____ vezes 回
 outros その他 → gravidez fora do útero 子宮外妊娠 embrião anormal 胎状奇胎

Para quem está grávida : deseja ter o parto nesse hospital? 妊娠の方は当院でのお産を希望しますか

- não いいえ sim はい

Teve alergia a remédios ou comidas? 薬や食物でアレルギーを生じたことがありますか

- não 無 sim 有 → remédio 薬 comida 食物 outros その他

Está tomando remédios atualmente? 現在毎日飲んでいる薬はありますか

- não 無 sim 有 → Mostre-me o remédio. 持っていれば見せてください

Ja fez exame de câncer? がん検診を受けたことがありますか

- não 無 sim 有 → ____ ano 年 ____ mês 月 ____ dia 日

Histórico clínico do paciente? 今までにかかった病気はありますか

- doença no fígado 肝臓の病気 doença renal 腎臓の病気 doença cardíaca 心臓の病気
 tuberculose 結核症 doença venérea 性病 AIDS エイズ
 hipertensão 高血圧症 apendicite 虫垂炎 reumatismo リウマチ
 outros その他

Submeteu-se a alguma cirurgia? 手術を受けたことがありますか

- não 無 sim 有 → idade 年齢: ____ anos 歳 ____ meses ヶ月

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

- não 無 sim 有

Histórico Familiar 家族の病歴

	idade 年齢	saudável 元気	está doente 元気ではない	doenças hereditárias 遺伝病	hipertensão 高血圧	diabetes 糖尿病	câncer 癌
pai verdadeiro 父		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mãe verdadeiro 母		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
irmão 兄弟		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
irmã 姉妹		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
marido 夫		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
filhos 子供		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

produced by 国際交流/ハーティ港南台 directed by DIGITALIUM projects!!•Illusion Mill

担当医・支援者の方々へ

この問診票は、在日外国人支援ボランティアによって作成されたものを、支援者のネットワークを通じて、無料で配布しているものです。翻訳に関しては、できる限りの正確さをきしたつもりですが、間違い等が見つかりましたら随時修正版を下記インターネットサイトに配信しております。またインターネットサイトには、これ以外の科目や言語の問診票、医療制度情報などがありますので、必要に応じてご利用ください。また、翻訳の間違いや、追加したほうが良い質問事項等がありましたら下記のサイトにメールで情報をいただければ幸いです。

ODONTOLOGIA

歯科問診票

Marque com (✓) nos a baixo.

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	
endereço 住所	telefone 電話
Você tem seguro de saúde? 健康保険を持っていますか?	
<input type="checkbox"/> não 無 <input type="checkbox"/> sim 有	
nacionalidade 国籍	idioma 言葉

Qual é o seu problema? どうしましたか

- dor 歯が痛い caiu a obturação 詰め物がとれた
 exame dentário 検診
 quero que obture o dente cariado 虫歯の治療をしてほしい
 tenho mau hálito 口臭 Estou com a gengiva sangrando 歯茎が痛い
 quero pôr dentadura 入れ歯を作りたい a dentadura não está boa 入れ歯がこわれた
 quero corrigir o alinhamento dos meus dentes 歯並びを治したい
 quero a retirada (do tártaro, placa dentária) 歯石・歯垢除去 outros その他

Teve alergia a remédios ou comidas? 薬や食物でアレルギーを生じたことがありますか

- não 無 sim 有 → remédio 薬 comida 食物 outros その他

Está tomando remédios atualmente? 現在毎日飲んでいる薬はありますか

- não 無 sim 有 → Mostre-me o remédio. 持っていれば見せてください

Foi anestesiado (no dentista)? 麻酔をしたことがありますか

- não 無 sim 有

Extraíu algum dente? 歯を抜いたことがありますか

- não 無 sim 有

Está grávida ou desconfia que está? 妊娠していますか、また可能性がありますか

- não 無 sim 有 → _____ meses ヶ月

Histórico clínico do paciente? 今までにかかった病気はありますか

- desordem gastro-intestinal 胃腸の病気 doença no fígado 肝臓の病気
 doença cardíaca 心臓の病気 doença pulmonar 肺の病気
 diabetes 糖尿病 hipertensão 高血圧症
 AIDS エイズ sífilis 梅毒
 outros その他

* Está em tratamento (doença)? 現在治療を受けている病気はありますか

- não 無 sim 有

Qual tratamento você deseja? 治療に対する希望

- Quero que trate todas as partes em mal estado. 悪いところは全て治したい
 Quero que trate somente os dentes que estão doendo. 今痛んでいる歯だけを治したい
 Se houver necessidade de material ou tratamento não coberto pelo seguro, pagarei as despesas. 自費診療でもかまわない。
 Quero receber um tratamento dentro do limite do seguro de saúde. 保険の範囲内で治したい
 Quero decidir depois de discutir com o dentista. 相談の上決めたい

produced by 国際交流/ハーティ港南台 directed by DIGITALIUM projects!!•Illusion Mill

担当医・支援者の方々へ

この問診票は、在日外国人支援ボランティアによって作成されたものを、インターネットや支援者のネットワークを通じて、無料で配布しているものです。翻訳に関しては、できる限りの正確さをきざつつもりですが、間違い等が見つかりましたら随時修正版を下記インターネットサイトにて配信しております。またインターネットサイトには、これ以外の科目や言語の問診票、医療制度情報などがありますので、必要に応じてご利用ください。また、翻訳の間違いや、追加したほうがいい質問事項等がありましたら下記のサイトにメールで情報をいただければ幸いです。

OTORRINOLARINGOLOGIA

(OUVIDO, NARIZ, GARGANTA)

耳鼻咽喉科問診票

Marque com (✓) nos a baixo.

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	
endereço 住所	telefone 電話
Você tem seguro de saúde? 健康保険を持っていますか?	
<input type="checkbox"/> não 無 <input type="checkbox"/> sim 有	
nacionalidade 国籍	idioma 言葉

Qual é o seu problema? どうしましたか

- febre (_____ grau °C) 発熱 pêsso na cabeça 頭が重い dor de cabeça 頭が痛い
- * problema de ouvido 耳の症状
- direita 右 esquerda 左 ambos 両方
- dor no ouvido 耳が痛い pus no ouvido 耳だれ zumbido no ouvido 耳なり
- cêra no ouvido 耳あか dificuldade em ouvir 聞こえが悪い
- tontura めまい sensação de ouvido tampado 耳がふさがった感じ
- * problema no nariz 鼻の症状
- obstrução das fossas nasais 鼻がつまる coriza 鼻がでる
- perda do olfato においがわからない sangue no nariz 鼻血
- espirro くしゃみ ronco いびき
- * problema na garganta のどの症状
- dor na língua 舌が痛い dor de garganta 喉が痛い
- garganta obstruída 喉に何かある感じ tosse 咳
- escarro たん dificuldade para engolir 飲み込みにくい
- rouquidão 声がかれる inchaço do rosto / pescoço 顔・頸部(くび)の腫れ
- outros その他

Desde quando? それはいつごろからですか

desde _____ ano 年 _____ mês 月 _____ dia 日から

Teve alergia a remédios ou comidas? 薬や食物でアレルギーを生じたことがありますか

não 無 sim 有 → remédio 薬 comida 食物 outros その他

Está tomando remédios atualmente? 現在毎日飲んでいる薬はありますか

não 無 sim 有 → Mostre-me o remédio. 持っていれば見せてください

Está grávida ou desconfia que está? 妊娠していますか、また可能性がありますか

não 無 sim 有 → _____ meses ヶ月

Toma bebida alcoólica? お酒を飲みますか

não 飲まない sim 飲む → _____ ml por dia ml/日

Você fuma? 煙草を吸いますか

não 吸わない sim 吸う → _____ cigarros por dia 本/日

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

não 無 sim 有

Submeteu-se a alguma cirurgia? 手術を受けたことがありますか

não 無 sim 有 → idade 年齢: _____ anos 歳 _____ meses ヶ月

produced by 国際交流/ハーティ港南台 directed by DIGITALIUM projects!!•Illusion Mill

担当医・支援者の方々へ

この問診票は、在日外国人支援ボランティアによって作成されたものを、インターネットや支援者のネットワークを通じて、無料で配布しているものです。翻訳に関しては、できる限りの正確さをきつたつもりですが、間違い等が見つかりましたら随時修正版を下記インターネットサイトにて配信しております。またインターネットサイトには、これ以外の科目や言語の問診票、医療制度情報などがありますので、必要に応じてご利用ください。また、翻訳の間違いや、追加したほうがいい質問事項等がありましたら下記のサイトにメールで情報をいただければ幸いです。

PEDIATRIA

小児科問診票

Marque com (✓) nos a baixo.

ano 年 mês 月 dia 日

nome da criança	子どもの名前	<input type="checkbox"/> menino 男児	<input type="checkbox"/> menina 女児
		data de nascimento: 生年月日 _____ ano 年 _____ mês 月 _____ dia 日	
endereço	住所	telefone	電話
Você tem seguro de saúde? 健康保険を持っていますか?			
<input type="checkbox"/> não 無		<input type="checkbox"/> sim 有	
nacionalidade	国籍	idioma	言葉

Qual é o problema? どうしましたか

- febre (_____ grau °C) 発熱 convulsão ひきつけをおこす
 mal humor 機嫌が悪い não tem vigor 元気がない
 não toma muito leite ミルクの飲みが悪い peso insuficiente 体重増加不良
 diarréia 下痢 mal estar 気持ちが悪い outros その他

* Desde quando? それはいつごろからですか

desde _____ ano 年 _____ mês 月 _____ dia 日から

Teve alergia a remédios ou comidas? 薬や食物でアレルギーを生じたことがありますか

- não 無 sim 有 → remédio 薬 ovo 卵 leite 牛乳
 comida 食べ物 outros その他

Que tipo de remédio a criança consegue tomar? どんな種類の薬が飲めますか

- xarope 水薬 remédio em pó 粉薬 pilula/cápsula 錠剤またはカプセル

Está tomando remédios atualmente? 現在毎日飲んでいる薬はありますか

- não 無 sim 有 → Mostre-me o remédio. 持っていれば見せてください

Como foi o parto? 出産の状態はどんなでしたか

- peso do bebê _____ g 赤ちゃんの体重 idade da mãe _____ 母親の年齢
 parto normal 正常分娩 parto difícil 異常分娩 operação cesária 帝王切開

Imunização 接種済み予防注射:

- teste de tuberculose TBC ツベルクリン反応 varicela 水痘
 polio 小児麻痺 sarampo 麻疹 caxumba おたふく風邪
 BCG DPT(vacina tríplice) 三種混合ワクチン
 rubéola 風疹 outros その他

Histórico clínico do paciente? 今までにかかった病気はありますか

- rubéola 風疹 varicela 水痘 sarampo 麻疹 asma 喘息
 caxumba おたふく風邪 coqueluche 百日咳
 eczema repentina 突発性発疹 doença de Kawasaki 川崎病
 convulsão febril 熱性痙攣 encefalite japonesa 日本脳炎
 apendicite 虫垂炎 outros その他

* Está em tratamento (doença)? 現在治療を受けている病気はありますか

- não 無 sim 有

Esteve internado? 入院をしたことがありますか

- não 無 sim 有

Submeteu-se a alguma cirurgia? 手術を受けたことがありますか

- não 無 sim 有 → idade 年齢: _____ anos 歳 _____ meses ヶ月

produced by 国際交流/ハーティ港南台 directed by DIGITALIUM projects!!•Illusion Mill

担当医・支援者の方々へ

この問診票は、在日外国人支援ボランティアによって作成されたものを、インターネットや支援者のネットワークを通じて、無料で配布しているものです。翻訳に関しては、できうる限りの正確さをきざつつもりですが、間違い等が見つかりましたら随時修正版を下記インターネットサイトに配信しております。またインターネットサイトには、これ以外の科目や言語の問診票、医療制度情報などがありますので、必要に応じてご利用ください。また、翻訳の間違いや、追加したほうがいい質問事項等がありましたら下記のサイトにメールで情報をいただければ幸いです。

ORTOPEDIA

整形外科問診票

Marque com (✓) nos a baixo.

ano 年 mês 月 dia 日

nome 名前

 homem 男 mulher 女

data de nascimento: 生年月日 _____ ano 年 _____ mês 月 _____ dia 日

endereço 住所

telefone 電話

Você tem seguro de saúde? 健康保険を持っていますか?

 não 無 sim 有

nacionalidade 国籍

idioma 言葉

Qual é o seu problema? どうしましたか

* Qual é o sintoma? どんな症状ですか

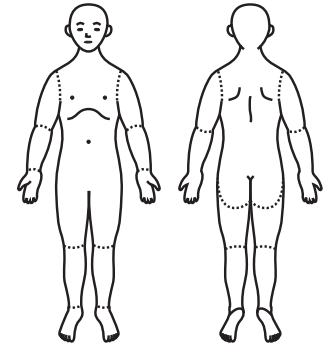
 dói 痛い está adormecido しびれている está inchado 腫れている torção ひねった outros その他

* Desde quando? それはいつごろからですか

 a _____ horas 時間前から o _____ dias 日前から a _____ meses ヶ月前から

* Marque com círculos O onde tem o problema

その個所に丸印をしてください



Teve alergia a remédios ou comidas?

薬や食物でアレルギーを生じたことがありますか

 não 無 sim 有→ remédio 薬 comida 食物 outros その他

Está tomando remédios atualmente? 現在毎日飲んでいる薬はありますか

 não 無 sim 有

→ Mostre-me o remédio. 持っていれば見せてください

Está grávida ou desconfia que está? 妊娠していますか、また可能性がありますか

 não 無 sim 有

→ _____ meses ヶ月

Quando foi a última menstruação? 最終月経は

_____ mês 月 _____ dia 日

Histórico clínico do paciente? 今までにかかった病気はありますか

 doença no estômago 胃の病気 doença no intestino 腸の病気 doença no fígado 肝臓の病気 doença renal 腎臓の病気 doença cardíaca 心臓の病気 diabetes 糖尿病 tuberculose 結核症 hipertensão 高血圧症 asma 喘息 AIDS エイズ outros その他

* Está em tratamento (doença)? 現在治療を受けている病気はありますか

 não 無 sim 有

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

 não 無 sim 有

Submeteu-se a alguma cirurgia? 手術をうけたことがありますか

 não 無 sim 有

→ idade 年齢: _____ anos 歳 _____ meses ヶ月

produced by 国際交流/ハーティ港南台 directed by DIGITALIUM projects!!•Illusion Mill

担当医・支援者の方々へ

この問診票は、在日外国人支援ボランティアによって作成されたものを、インターネットや支援者のネットワークを通じて、無料で配布しているものです。翻訳に関しては、できる限りの正確さをきざつつもりですが、間違い等が見つかりましたら随時修正版を下記インターネットサイトに配信しております。またインターネットサイトには、これ以外の科目や言語の問診票、医療制度情報などがありますので、必要に応じてご利用ください。また、翻訳の間違いや、追加したほうが良い質問事項等がありましたら下記のサイトにメールで情報をいただければ幸いです。

CLÍNICA GERAL

内科問診票

Marque com (✓) nos a baixo.

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	
endereço 住所	telefone 電話
Você tem seguro de saúde? 健康保険を持っていますか?	
<input type="checkbox"/> não 無 <input type="checkbox"/> sim 有	
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 喉が痛い |
| <input type="checkbox"/> tosse 咳 | <input type="checkbox"/> dor de cabeça 頭痛 <input type="checkbox"/> dor no peito 胸痛 |
| <input type="checkbox"/> palpitação 動悸 | <input type="checkbox"/> falta de ar 息切れ <input type="checkbox"/> vertigem めまい |
| <input type="checkbox"/> erupção cutânea 発疹 | <input type="checkbox"/> sensação sufocante 胸の圧迫感 |
| <input type="checkbox"/> inchaço むくみ | <input type="checkbox"/> formigamento しびれ <input type="checkbox"/> hipertensão 高血圧 |
| <input type="checkbox"/> dor de barriga 腹痛 | <input type="checkbox"/> dor no estômago 胃痛 <input type="checkbox"/> muita sede <input type="checkbox"/> 渴 |
| <input type="checkbox"/> barriga inchada 腹が張っている感じ | <input type="checkbox"/> perda de peso 体重の減少 |
| <input type="checkbox"/> vômito 嘔吐 | <input type="checkbox"/> náusea 吐き気 <input type="checkbox"/> diarreia 下痢 |
| <input type="checkbox"/> fezes sanguinolentas 血便 | <input type="checkbox"/> cansa-se facilmente 疲れやすい |
| <input type="checkbox"/> falta de apetite 食欲不振 | <input type="checkbox"/> cansaço だるい <input type="checkbox"/> outros その他 |

* Desde quando? いつからですか

_____ ano 年 _____ mês 月 _____ dia 日 às _____ hs 時頃

Teve alergia a remédios ou comidas? 薬や食物でアレルギーを生じたことがありますか

 não 無 sim 有 → remédio 薬 comida 食物 outros その他

Está tomando remédios atualmente? 現在毎日飲んでいる薬はありますか

 não 無 sim 有 → Mostre-me o remédio. 持っていれば見せてください

Está grávida ou desconfia que está? 妊娠していますか、また可能性がありますか

 não 無 sim 有 → _____ meses ヶ月

Quando foi a ultima menstruação? 最終月経は

_____ mês 月 _____ dia 日

Histórico clínico do paciente? 今までにかかった病気はありますか

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> doença no estômago 胃の病気 | <input type="checkbox"/> doença no intestino 腸の病気 |
| <input type="checkbox"/> doença no fígado 肝臓の病気 | <input type="checkbox"/> doença renal 腎臓の病気 |
| <input type="checkbox"/> doença cardíaca 心臓の病気 | <input type="checkbox"/> diabetes 糖尿病 |
| <input type="checkbox"/> tuberculose 結核症 | <input type="checkbox"/> hipertensão 高血圧症 |
| <input type="checkbox"/> asma 喘息 | <input type="checkbox"/> AIDS エイズ <input type="checkbox"/> outros その他 |

* Está em tratamento (doença)? 現在治療を受けている病気はありますか

 não 無 sim 有

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

 não 無 sim 有

Submeteu-se a alguma cirurgia? 手術を受けたことがありますか

 não 無 sim 有 → idade 年齢: _____ anos 歳 _____ meses ヶ月

produced by 国際交流/ハーティ港南台 directed by DIGITALIUM projects!!•Illusion Mill

担当医・支援者の方々へ

この問診票は、在日外国人支援ボランティアによって作成されたものを、インターネットや支援者のネットワークを通じて、無料で配布しているものです。翻訳に関しては、できる限りの正確さをきざつていますが、間違い等が見つかりましたら随時修正版を下記インターネットサイトにて配信しております。またインターネットサイトには、これ以外の科目や言語の問診票、医療制度情報などがありますので、必要に応じてご利用ください。また、翻訳の間違いや、追加したほうが良い質問事項等がありましたら下記のサイトにメールで情報をいただければ幸いです。

DERMATOLOGIA

皮膚科問診票

Marque com (✓) nos a baixo.

ano 年 mês 月 dia 日

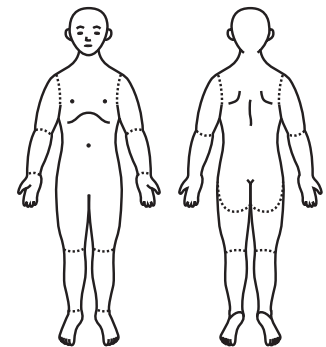
nome 名前	<input type="checkbox"/> homem 男 <input type="checkbox"/> mulher 女
data de nascimento: 生年月日 _____ ano 年 _____ mês 月 _____ dia 日	
endereço 住所	telefone 電話
Você tem seguro de saúde? 健康保険を持っていますか?	
<input type="checkbox"/> não 無 <input type="checkbox"/> sim 有	
nacionalidade 国籍	idioma 言葉

Onde está o problema? **どこが悪いのですか*** Qual e o sintoma? **どんな症状ですか**

- | | |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> dor 痛い | <input type="checkbox"/> frieira 水虫 |
| <input type="checkbox"/> queimadura やけど | <input type="checkbox"/> coceira かゆい |
| <input type="checkbox"/> erupção 発疹 | <input type="checkbox"/> eczema 湿疹 |
| <input type="checkbox"/> equimose あざ | |
| <input type="checkbox"/> pinta ほくろ | <input type="checkbox"/> mancha しみ |
| <input type="checkbox"/> pus じくじくしている | <input type="checkbox"/> outros その他 |

* Marque com círculos O onde tem o problema

その個所に丸印をしてください

* Desde quando? **いつからですか**

_____ ano 年
 _____ mês 月
 _____ dia 日から

Há mudança nos sintomas? **その症状は変化してきていますか** não いいえ sim はい

Teve alergia a remédios ou comidas?

薬や食物でアレルギーを生じたことがありますか

 não 無 sim 有 → remédio 薬 comida 食物 outros その他Está tomando remédios atualmente? **現在毎日飲んでいる薬はありますか** não 無 sim 有 → Mostre-me o remédio. 持っていれば見せてくださいEstá grávida ou desconfia que está? **妊娠していますか、また可能性がありますか** não 無 sim 有 → _____ meses ヶ月Quando foi a última menstruação? **最終月経は**

_____ mês 月 _____ dia 日

Histórico clínico do paciente? **今までにかかった病気はありますか**

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> doença no estômago 胃の病気 | <input type="checkbox"/> doença no intestino 腸の病気 |
| <input type="checkbox"/> doença no fígado 肝臓の病気 | <input type="checkbox"/> doença renal 腎臓の病気 |
| <input type="checkbox"/> doença cardíaca 心臓の病気 | |
| <input type="checkbox"/> diabetes 糖尿病 | <input type="checkbox"/> tuberculose 結核症 |
| <input type="checkbox"/> hipertensão 高血圧症 | |
| <input type="checkbox"/> asma 喘息 | <input type="checkbox"/> AIDS エイズ |
| <input type="checkbox"/> outros その他 | |

* Está em tratamento (doença)? **現在治療を受けている病気はありますか** não 無 sim 有Submeteu-se a alguma cirurgia? **手術を受けたことがありますか** não 無 sim 有 → idade 年齢: _____ anos 歳 _____ meses ヶ月

produced by 国際交流/ハーティ港南台 directed by DIGITALIUM projects!!•Illusion Mill

担当医・支援者の方々へ

この問診票は、在日外国人支援ボランティアによって作成されたものを、インターネットや支援者のネットワークを通じて、無料で配布しているものです。翻訳に関しては、できうる限りの正確さをきざつつもりですが、間違い等が見つかりましたら随時修正版を下記インターネットサイトにて配信しております。またインターネットサイトには、これ以外の科目や言語の問診票、医療制度情報などがありますので、必要に応じてご利用ください。また、翻訳の間違いや、追加したほうが良い質問事項等がありましたら下記のサイトにメールで情報をいただければ幸いです。