

## CIRURGIA

## 外科問診票

Marque com (✓) nos  a baixo.

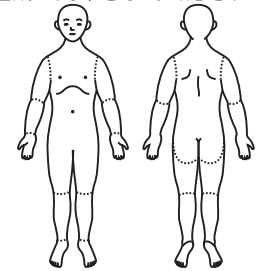
ano 年    mês 月    dia 日

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。