

## 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。