NEUROLOGIA
脳神経外科問診票

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

☐ dor de cabeça 頭痛　☐ vertigem めまい　☐ dormência no corpo 体のしびれ
☐ náuseas 吐き気　☐ dor nos ombros 肩こり　☐ tinido nos ouvidos 耳鳴り
☐ visão perturbada 物がみえにくい　☐ perda de consciência 意識がなくなる
☐ audição perturbada 聞こえにくい　☐ dificuldade para andar 歩きにくい
☐ dificuldade para mover as mãos e/ou pernas 手足の動きが悪い　☐ outros その他

＊ Desde quando? それはいつからですか _____ ano 年 _____ mês 月 _____ dia 日

Bateu a cabeça? 頭をぶつけましたか

☐ não 無　☐ sim 有 → _____ ano 年 _____ mês 月 _____ dia 日

＊ Qual parte da cabeça bateu? どこをぶつけましたか

☐ a parte da frente e em cima da cabeça 前頭部　☐ a parte de trás da cabeça 後頭部
☐ a parte lateral direita 右横　☐ a parte lateral esquerda 左横

＊ Foi acidente de trânsito? 交通事故ですか

☐ não いいえ　☐ sim はい

Quem marcou ter dor de cabeça, responda, por favor. 頭痛のある方はお答えください

＊ Qual parte da cabeça? どこが痛みますか

☐ a parte da frente e em cima da cabeça 前頭部　☐ a parte de trás da cabeça 後頭部
☐ a parte lateral direita 右横　☐ a parte lateral esquerda 左横　☐ a cabeça inteira 頭全体

＊ Como é a dor? どのように痛みますか

☐ latejante ズキンズキン　☐ intensa ガンガン　☐ aguda キリキリ
☐ constante (sempre) チクチク　☐ insuportável ガーンと割れるように　☐ outros その他

＊ Durante o dia, quando tem a dor mais forte? 一日の内でいつが一番痛みますか

☐ manhã 朝　☐ tarde 昼　☐ noite 夜　☐ o dia todo 一日中

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 → _____ mêses ヶ月

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

☐ diabetes 糖尿病　☐ hipertensão 高血圧　☐ AIDS エイズ
☐ tuberculose 結核　☐ 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

Recebeu transfusão de sangue? 輸血を受けたことがありますか　☐ não 無　☐ sim 有

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

Sofreu alguma cirurgia ou já esteve internado? 今まで入院、手術したことがありますか

☐ não 無　☐ sim 有 → idade 年齢: _____ anos 歳 _____ mêses 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、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、必要に応じてご活用ください。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。

http://www.k-i-a.or.jp/medical/　2002年6月発行