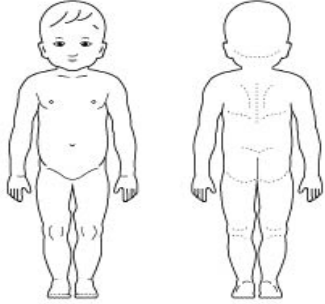


## Questionário de Pediatria/小児科 問診票

<b>Nome do(a) paciente /患者氏名</b>			<b>Para ser preenchido pela instituição hospitalar /医療機関記入欄</b>	BT= <span style="float: right;">℃</span>
<b>Data de nascimento (em ano ocidental) /生年月日 (西暦)</b>	Ano/年	mês/月	dia/日	PR= <span style="float: right;">/分</span>
	( Idade: anos/歳 )			BP= <span style="float: right;">mmHg</span>
<b>Estatura · peso/身長 · 体重</b>	cm	kg	<b>sexo/性別</b>	RR= <span style="float: right;">/分</span>
			<input type="checkbox"/> Menino/男児	SPO2= <span style="float: right;">%</span>
<b>Tem alergia a /アレルギーの有無</b>	<input type="checkbox"/> Alimentos/食べ物: <input type="checkbox"/> Medicamentos/薬:			

**\*A pessoa que tem a Caderneta de Saúde Materno-infantil e a Caderneta de Medicamentos, favor apresentá-las /母子健康手帳、お薬手帳をお持ちの方は、ご用意ください。**

**Qual o motivo de sua consulta hoje? (Quem tem vários sintomas, favor assinalar os quadrados  correspondentes) /本日はどのような症状で来られましたか。(複数ある方は複数してください。)**

<input type="checkbox"/> Febre/発熱	<input type="checkbox"/> Dor/痛み	<input type="checkbox"/> Tosse/咳	<input type="checkbox"/> Coriza/鼻汁	<b>Favor assinalar com um círculo onde tem os sintomas /症状のある部分に○を付けて下さい。</b>
<input type="checkbox"/> Obstrução nasal /鼻づまり	<input type="checkbox"/> Vômito/嘔吐	<input type="checkbox"/> Diarreia/下痢	<input type="checkbox"/> Náusea/吐き気	
<input type="checkbox"/> Sangue nas fezes /血便	<input type="checkbox"/> Urticária /じんましん	<input type="checkbox"/> Eczema/湿疹	<input type="checkbox"/> Equimose, mancha, marca/あざ	
<input type="checkbox"/> Tumoração/できもの	<input type="checkbox"/> Erupção cutânea /発疹	<input type="checkbox"/> Ressecamento de pele /皮膚の乾燥	<input type="checkbox"/> Eczema atópica /アトピー	
<input type="checkbox"/> Mal humorado /機嫌がわるい	<input type="checkbox"/> Não tem apetite /食欲がない	<input type="checkbox"/> Não toma leite /ミルクを飲まない	<input type="checkbox"/> Convulsão /けいれん	
<input type="checkbox"/> Perda de consciência /意識がなくなる	<input type="checkbox"/> Dor de ouvido/耳痛	<input type="checkbox"/> Consulta sobre desenvolvimento/発達相談		
<input type="checkbox"/> Consulta sobre criação de filhos/育児相談	<input type="checkbox"/> Consulta sobre alergia /アレルギーの相談	<input type="checkbox"/> Vacinação /ワクチン接種		
<input type="checkbox"/> Foi orientado por outra instituição médica (inclui check-up médico) para se consultar /他の医療機関から受診するように勧められた (健診含む)				
<input type="checkbox"/> Outros/その他 :				

**\*Quem assinalou  que “foi orientado para se consultar”, favor assinalar com  os itens correspondentes /「他の医療機関から受診するように勧められた (健診含む)」にされた方は、当てはまるものをしてください。**

<input type="checkbox"/> Anormalidade no eletrocardiograma /心電図異常	<input type="checkbox"/> Baixa estatura /低身長	<input type="checkbox"/> Falta de ganho de peso /体重増加不良	<input type="checkbox"/> Anormalidade no exame de urina/尿検査異常	<input type="checkbox"/> Atraso na fala /言葉のおくれ
<input type="checkbox"/> Outros/その他 :				

**Tem alguma doença que está acontecendo nas escolas, creches ou entre os seus familiares? /学校や保育所、家族内で流行している病気はありますか。**

Não tem/なし     Tem/あり    → Quem assinalou  em “Sim”, favor assinalar com  nas doenças que estão acontecendo /「あり」にされた方は、どの病気が流行しているか、してください。

<input type="checkbox"/> Catapora /みずぼうそう	<input type="checkbox"/> Caxumba /おたふくかぜ	<input type="checkbox"/> Infecção por Streptococcus /溶連菌感染症	<input type="checkbox"/> Infecção por Adenovírus/アデノウイルス感染症	<input type="checkbox"/> Eritema infeccioso /りんご病	<input type="checkbox"/> Doença da Mão Pé e Boca/手足口病
<input type="checkbox"/> Herpangina /ヘルパンギーナ	<input type="checkbox"/> Influenza /インフルエンザ	<input type="checkbox"/> Gastroenterite infecciosa /感染性胃腸炎	<input type="checkbox"/> Outros/その他 :		

**Desde quando tem este(s) sintoma(s)? /この症状はいつからありますか。**

Aproximadamente desde    o ano/年    mês/月    dia/日    manhã/午前 - tarde/午後    horas/時    minutos/分ごろから

**Está tomando algum medicamento agora? \*inclui vitaminas, energéticos e suplementos. /現在、飲んでいる薬はありますか? ※ビタミン、栄養剤、サプリメントも含まれます。**

Não/いいえ     Sim/はい    \* Caso possua medicamentos ou a “Caderneta de medicamentos”, favor apresentá-lo(a) /お薬、もしくは「お薬手帳」を持っている方は、見せてください。

	Nome dos medicamentos /お薬の名前	Modo de tomar – modo de usar /飲み方・使い方		Nome dos medicamentos /お薬の名前	Modo de tomar – modo de usar /飲み方・使い方
①			④		
②			⑤		
③			⑥		

Favor descrever sobre o momento do nascimento. \*Quem tiver a Caderneta de Saúde Materno-infantil, favor apresentá-la para o(a) funcionário(a).  
/生まれた時のことを、お書きください ※母子健康手帳をお持ちの方は、手帳をスタッフに渡してください。

Teve alguma anormalidade no momento do parto?  
/分娩時に異常がありましたか。

- Não/いいえ  Sim/はい  Não sabe/わからない

→Quem assinalou  em “Sim”, favor escrever que tipo de anormalidade apresentou  
/「はい」に☑された方は、どのような異常があったか書いてください。

- Posição pélvica/骨盤位  Cordão nucal/臍帯巻絡  Parto cesárea/帝王切開  Asfixia neonatal/新生児仮死

#### Ao nascer/出生時

Nasceu com /出生時週数 : \_\_\_\_\_ semanas/週 \_\_\_\_\_ dias/日      Peso/体重 : \_\_\_\_\_ g

Estatura/身長 : \_\_\_\_\_ cm      Perímetro cefálico/頭囲 : \_\_\_\_\_ cm      Perímetro torácico/胸囲 : \_\_\_\_\_ cm

Antes de vir a este hospital, foi a algum outro hospital?  
/当院に来るまでに、ほかの病院にかかられましたか。

- Não/いいえ  Sim/はい →Quem assinalou  em “Sim”, favor escrever o nome da instituição médica onde fez o tratamento  
/「はい」に☑した人は、治療していた医療機関名を書いてください。

	Data da consulta médica / 受診日	Nome da instituição médica / 医療機関名	Sobre a prescrição / 処方の有無
①			<input type="checkbox"/> Tem/あり <input type="checkbox"/> Não tem/なし
②			<input type="checkbox"/> Tem/あり <input type="checkbox"/> Não tem/なし

Atualmente está fazendo tratamento, ou no passado fez tratamento de alguma doença?  
/現在、治療中、または過去の病気があればお書きください。

- Não/いいえ  Sim/はい →Quem assinalou  em “Sim”, favor escrever o nome da instituição médica onde fez o tratamento  
/「はい」に☑した人は、治療していた医療機関名を書いてください。

	Nome da doença / 疾患名	Evolução do tratamento / 治療経過	Nome da instituição médica / 医療機関名
①		<input type="checkbox"/> Tratado/治癒 <input type="checkbox"/> Atualmente está em tratamento/現在治療中 <input type="checkbox"/> Interrompeu o tratamento/治療中断 <input type="checkbox"/> Não tratado/未治療	
②		<input type="checkbox"/> Tratado/治癒 <input type="checkbox"/> Atualmente está em tratamento/現在治療中 <input type="checkbox"/> Interrompeu o tratamento/治療中断 <input type="checkbox"/> Não tratado/未治療	

Sobre as refeições atuais.  
/現在の食事の形態を教えてください。

- Mama na mamadeira/哺乳  Nutrição por leite materno/母乳栄養 \_\_\_\_\_ ml/dia/ml/日  Nutrição mista/混合栄養 \_\_\_\_\_ vezes/dia/回/日  Nutrição artificial/人工栄養
- Papinha/離乳食  Período inicial/初期  Período intermediário/中期  Período final/後期
- \*Número de refeições/食事回数  Uma vez/dia / 1回/日  Duas vezes/dia / 2回/日  Três vezes/dia / 3回/日
- Leite de complementação/フォローアップミルク \_\_\_\_\_ ml/dia/ml/日 \_\_\_\_\_ vezes/dia/回/日
- Alimentos sólidos/固形食
- \*Número de refeições/食事回数  Uma vez/dia / 1回/日  Duas vezes/dia / 2回/日  Três vezes/dia / 3回/日

Sobre o histórico de vacinação. Quem tiver a Caderneta de Saúde Materno-infantil ou a Caderneta de Vacinação, favor apresentá-la para o(a) funcionário(a).  
/ワクチン接種歴を下記に書いてください。母子手帳、ワクチン手帳をお持ちの方は、スタッフに見せてください。

- Hib/Hib \_\_\_\_\_ vezes/回  Rotavírus/ロタ \_\_\_\_\_ vezes/回  Vacina contra pneumococo/肺炎球菌 \_\_\_\_\_ vezes/回
- Caxumba/おたふくかぜ \_\_\_\_\_ vezes/回  Vacina tetravalente (DPT - Pólio inativada) /4種混合 (DPT-IPV) \_\_\_\_\_ vezes/回  Vacina tríplice(DPT) /3種混合(DPT) \_\_\_\_\_ vezes/回
- Hepatite tipo B/B型肝炎 \_\_\_\_\_ vezes/回  Pólio oral/経口ポリオ \_\_\_\_\_ vezes/回  Pólio inativada /不活化ポリオ \_\_\_\_\_ vezes/回
- BCG/BCG \_\_\_\_\_ vezes/回  Hepatite tipo A /A型肝炎 \_\_\_\_\_ vezes/回  MR/MR \_\_\_\_\_ vezes/回
- Sarampo/麻疹 \_\_\_\_\_ vezes/回  Catapora/水痘 \_\_\_\_\_ vezes/回  Rubéola/風疹 \_\_\_\_\_ vezes/回
- Encefalite Japonesa /日本脳炎 \_\_\_\_\_ vezes/回  MMR/MMR \_\_\_\_\_ vezes/回  Outras vacinas /その他のワクチン : \_\_\_\_\_ vezes/回

Caso tenha alguma solicitação relacionada à consulta, favor assinalar com   
/診察でのあなたのご希望がある場合は、☑をしてください。

- Quero saber o valor do custo médico com antecedência /あらかじめ、医療費の概算を教えてください。
- Caso tenha intérprete, gostaria que me acompanhasse/通訳がある場合は、通訳を付けてほしい。
- Outras/その他 :