

## Questionário de Otorrinolaringologia/耳鼻咽喉科 問診票

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

**Qual parte quer se consultar?**  
/今日は何の部位を診察ご希望ですか。

- |                                      |                                    |                                     |                                   |
|--------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ouvido/耳 →  | <input type="checkbox"/> Direito/右 | <input type="checkbox"/> Esquerdo/左 | <input type="checkbox"/> Ambos/両方 |
| <input type="checkbox"/> Nariz/鼻 →   | <input type="checkbox"/> Direito/右 | <input type="checkbox"/> Esquerdo/左 | <input type="checkbox"/> Ambos/両方 |
| <input type="checkbox"/> Garganta/のど |                                    |                                     |                                   |

**Quem assinalou  no ouvido, que sintomas apresenta? (Quem tem vários sintomas, favor assinalar os quadrados  correspondentes / 「耳」をされた方はどのような症状がありますか。(複数ある方は複数してください。)**

- |   |  |  |   |  |
|---|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Zumbido no ouvido /耳鳴り   | <input type="checkbox"/> Dor de ouvido /耳が痛い                   | <input type="checkbox"/> Dificuldade para ouvir /難聴                    | <input type="checkbox"/> Sai secreção do ouvido/耳だれ | <input type="checkbox"/> Sensação de ouvido tapado/耳閉感 |
| <input type="checkbox"/> Tontura/めまい  | <input type="checkbox"/> Entrou alguma coisa no ouvido/耳に物が入った | *Escreva por favor, o que entrou no seu ouvido /耳に入ったものを書いてください: _____ |   |  |
| <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  no nariz, que sintomas apresenta? (Quem tem vários sintomas, favor assinalar os quadrados  correspondentes / 「鼻」にされた方はどのような症状がありますか (複数ある方は複数してください。)**

- |   |  |   |  |                                       |                                     |
|---|--|---|--|---------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hemorragia nasal /鼻血   | <input type="checkbox"/> Coriza/鼻水                             | <input type="checkbox"/> Não sente cheiro /においがわからない                  | <input type="checkbox"/> Obstrução nasal /鼻づまり | <input type="checkbox"/> Espirro/くしゃみ | <input type="checkbox"/> Ronco/いびき  |
| <input type="checkbox"/> Odor desagradável /異臭  | <input type="checkbox"/> Entrou alguma coisa no nariz /鼻に物が入った | *Escreva por favor, o que entrou no seu nariz /鼻に入ったものを書いてください: _____ |  |                                       |                                     |
| <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"/> Polinose/花粉症 | <input type="checkbox"/> Outros/その他 |

**Quem assinalou  na garganta, que sintomas apresenta?(Quem tem vários sintomas, favor assinalar os quadrados  correspondentes / 「のど」にされた方はどのような症状がありますか (複数ある方は複数してください。)**

- |   |   |  |   |   |  |
|---|---|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Estomatite (afta) /口内炎   | <input type="checkbox"/> Sangramento pela garganta /喉から血がでる | <input type="checkbox"/> Dificuldade de engolir /飲み込みにくい | <input type="checkbox"/> Rouquidão /声がかれる | <input type="checkbox"/> A língua dói /舌が痛い   | <input type="checkbox"/> A garganta dói /のどが痛い |
| <input type="checkbox"/> Inchaço do rosto – pescoço /顔・首の腫れ   | <input type="checkbox"/> Alteração do paladar /味覚異常         | <input type="checkbox"/> Tosse/咳                         | <input type="checkbox"/> Catarro/たん       |   |  |
| <input type="checkbox"/> Tem alguma coisa parada na garganta /のどに物が引っかかっている   |   |  |   | *Escreva por favor, o que está parada na sua garganta /のどに引っかかっているものを書いてください: _____ |  |
| <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:  |  |

**Desde quando tem este sintoma?**

/上記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

**Quando estes sintomas aparecem?**

/症状はどのような時に出現しますか。

- |                                  |                                  |   |  |  |  |                                      |
|----------------------------------|----------------------------------|---|--|--|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Manhã/朝 | <input type="checkbox"/> Tarde/昼 | <input type="checkbox"/> Final da tarde /夕方 | <input type="checkbox"/> Ao se levantar /起床時 | <input type="checkbox"/> Durante o sono /就寝中 | <input type="checkbox"/> Irregular/不定期 | <input type="checkbox"/> Outros/その他: |
|----------------------------------|----------------------------------|---|--|--|--|--------------------------------------|

**Quais as características destes sintomas?**

/症状はどのような性質を持っていますか。

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Contínuo/絶え間なく、続いている                     | <input type="checkbox"/> Os sintomas aparecem e desaparecem /症状が出たり消えたりしている |
| <input type="checkbox"/> Estão piorando cada vez mais/徐々にひどくなっている | <input type="checkbox"/> Outras/その他:  |

**Está tomando algum medicamento agora? \*inclui vitaminas, energéticos e suplementos.**

/現在、飲んでる薬はありますか? ※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			⑥		
②			⑦		
③			⑧		
④			⑨		
⑤			⑩		

**Atualmente está fazendo tratamento ou, no passado fez tratamento de alguma doença?**

**現在治療している病気、または過去に治療していたことはありますか？**

Não/いいえ  Sim/はい

Quem assinalou  no “Sim”, favor escolher o nome da doença na lista abaixo e escrever o nome da instituição médica onde fazia o tratamento

/「はい」に☑した人は、疾患名リストから選択し、治療していた医療機関名を書いてください。

Nome das doenças (pode escrever o número da lista abaixo) /疾患名 (下記リスト番号可)	Evolução do tratamento /治療経過	Nome da instituição médica /医療機関名
	<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	
	<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	
	<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	
	<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	

<Lista das doenças/疾患リスト>

Tipo de doença /疾患の系統	Nome da doença /疾患名
① Doenças do sistema digestivo /消化器系の疾患	a. úlcera do tubo digestivo /消化器潰瘍 b. hepatite/肝炎 c. cirrose hepática /肝硬変 d. outras/その他
② Doenças do sistema circulatório /循環器系の疾患	a. hipertensão arterial /高血圧 b. angina do peito · infarto do miocárdio /狭心症 · 心筋梗塞 c. arritmia/不整脈 d. insuficiência cardíaca /心不全 e. outras/その他
③ Doenças do sistema respiratório /呼吸器系の疾患	a. asma/喘息 b. doença pulmonar obstrutiva crônica /慢性閉塞性肺疾患 c. pneumonia /肺炎 d. tuberculose pulmonar /肺結核 e. outras/その他
④ Doenças do sistema urinário – rins /腎・泌尿器系の疾患	a. insuficiência renal crônica /慢性腎不全 b. cálculo renal ou das vias urinárias /腎・尿管結石 c. infecções do trato urinário /尿路感染症 d. outras/その他
⑤ Doenças do sistema neurocerebral /脳神経系の疾患	a. infarto cerebral /脳梗塞 b. hemorragia cerebral /脳出血 c. epilepsia/てんかん d. outras/その他
⑥ Doenças do sistema endócrino /内分泌代謝系の疾患	a. diabetes /糖尿病 b. hiperlipidemia /高脂血症 c. disfunção da tireoide /甲状腺機能障害 d. hiperuricemia /高尿酸血症 e. outras/その他
⑦ Doenças osteomusculares /骨・筋肉の疾患	a. reumatismo articular /関節リウマチ b. osteoporose /骨粗鬆症 c. artrose do joelho /変形性膝関節症 d. hérnia de disco intervertebral /椎間板ヘルニア e. gota/痛風 f. outras/その他
⑧ Doenças ginecológicas e obstétricas /産婦人科の疾患	a. mioma uterino /子宮筋腫 b. dismenorrea /月経困難症 c. infertilidade/不妊症 d. outras/その他
⑨ Doenças oftalmológicas /眼の疾患	a. catarata/白内障 b. glaucoma/緑内障 c. retinopatia/網膜症 d. outras/その他
⑩ Doenças tumorais malignas /悪性腫瘍	a. câncer do estômago /胃がん b. câncer do cólon /大腸がん c. câncer do fígado, da vesícula biliar, do pâncreas /肝臓・胆のう・膵臓がん d. câncer de mama /乳がん e. câncer do útero/子宮がん f. câncer pulmonar/肺癌 g. outras/その他
⑪ Doenças psíquicas /精神の疾患	a. depressão/うつ病 b. esquizofrenia /統合失調症 c. outras/その他
⑫ Doenças otorrinolaringológicas /耳鼻科の疾患	a. perda de audição /難聴 b. tontura/めまい c. zumbido no ouvido /耳鳴 d. polinose/花粉症 e. outras/その他
⑬ Doenças hematológicas /血液の疾患	a. anemia /貧血 b. leucemia/白血病 c. outras/その他
⑭ Doenças dermatológicas /皮膚の疾患	a. dermatite atópica /アトピー性皮膚炎 b. micose (pé de atleta) /白癬症 (水虫) c. outras/その他

Já se submeteu a alguma cirurgia até o momento?

/今までに手術をしたことがありますか。

- Não/いいえ  Sim/はい

Quem assinalou  no “Sim”, favor escrever o histórico cirúrgico / 「はい」に☑した方は下に手術歴を書いてください。

Nome da doença / 疾患名	Nome da cirurgia / 手術名	Quando fez a cirurgia / 手術をした時期	Nome da instituição médica onde fez a cirurgia/ 手術をした医療機関

※Caso não saiba a data certa da cirurgia, poderá escrever a “idade” ou o “ano” em que fez a cirurgia / ※詳しい手術日がわからない場合は「年齢」、「手術した年」でも構いません。

Tem o hábito de fumar cigarros?

/習慣的に、たばこを吸いますか？

- Não/いいえ  Sim/はい  Fumava antes/以前吸っていた

Quantidade de cigarros/喫煙量	Período de tabagismo/喫煙期間	Año en que dejó de fumar / 喫煙をやめた年
_____ Cigarros/dia/ 本/日	_____ Ano(s)/年	_____ Ano/年 _____ Mês/月

\*Quem ainda fuma, favor deixar a lacuna dos antecedentes do tabagismo em branco. / 現在も喫煙を続けている方は、喫煙をやめた年は空欄のままにしておいてください。

Tem o hábito de beber bebida alcoólica?

/習慣的にお酒を飲みますか？

- Não/いいえ  Sim/はい  Tinha hábito de beber antes/以前飲酒する習慣があった。

<input type="checkbox"/> Cerveja/ビール	_____ ml / dia/日	<input type="checkbox"/> Uísque/ウイスキー	_____ ml / dia/日
<input type="checkbox"/> Saquê/日本酒	_____ ml / dia/日	<input type="checkbox"/> Vinho/ワイン	_____ ml / dia/日
<input type="checkbox"/> Outras/その他	_____ ml / dia/日		

Apenas para as mulheres. Está grávida, ou tem a possibilidade de estar grávida?

/女性の方のみお答えください。妊娠していますか、またその可能性はありますか？

- Não/いいえ  Sim/はい  Não sabe/わからない

Está amamentando atualmente?

/現在、授乳中ですか？

- Não/いいえ  Sim/はい

Caso tenha alguma solicitação relacionada à consulta, favor assinalar com

/診察で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 :