

## Questionário de Ginecologia e Obstetrícia/産婦人科 問診票

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

Qual é o sintoma que você apresenta hoje?(Quem tem vários sintomas, favor assinalar os quadrados  correspondentes)  
/今日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"/> Gravidez<br>/妊娠                 | <input type="checkbox"/> Anormalidade menstrual<br>/月経異常   | <input type="checkbox"/> Cólica menstrual<br>/月経痛  | <input type="checkbox"/> Corrimento<br>/おりもの            | <input type="checkbox"/> Sangramento anormal<br>/不正出血           | <input type="checkbox"/> Dor ao urinar<br>/排尿時痛 |
| <input type="checkbox"/> Dificuldade urinária<br>/尿がでにくい | <input type="checkbox"/> Tem sangue na urina<br>/尿に血が混じる   | <input type="checkbox"/> Tem pus na urina<br>/尿に膿が混じる  | <input type="checkbox"/> Caroço no períneo<br>/会陰部にできもの | <input type="checkbox"/> Tem inchaço avermelhado<br>/赤く腫れている    | <input type="checkbox"/> Tem dor<br>/痛みがある      |
| <input type="checkbox"/> Coceira<br>/かゆみ                 | <input type="checkbox"/> Incontinência urinária<br>/尿失禁    | <input type="checkbox"/> Incontinência fecal<br>/便失禁   | <input type="checkbox"/> Prolapso uterino<br>/子宮脱       | <input type="checkbox"/> Consulta sobre infertilidade<br>/不妊の相談 | <input type="checkbox"/> Vômito/嘔吐              |
| <input type="checkbox"/> Náusea/嘔気                       | <input type="checkbox"/> Exame de prevenção de câncer/がん健診 | <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 :                  |  |  |   |   |   |

Perguntas sobre a menstruação  
/月経についてお伺いします。

- Com que idade começou a menstruar?/月経がはじまったのはいつですか。      idade/年齢 \_\_\_\_\_ anos/歳ごろ
- Com que idade parou de menstruar?/月経が終わったのはいつですか。      idade/年齢 \_\_\_\_\_ anos/歳ごろ
- O seu ciclo menstrual é de quantos dias?/月経周期は何日ですか。      \_\_\_\_\_ dias/日型       Irregular e não ordenado / 不定期で不順
- O seu fluxo menstrual dura em média quantos dias?/平均月経持続日数は何日ですか。      \_\_\_\_\_ dias/日間
- Qual o volume menstrual?/月経の量はどのぐらいですか。       Pouco/少ない       Normal/普通       Muito/多い
- Tem cólica menstrual?/月経痛はありますか。       Não/いいえ       Sim/はい
- Quem respondeu "Sim" e faz uso de analgésicos, favor escrever o nome do analgésico / 「はい」と答えた方で鎮痛剤を使用されている方は、鎮痛剤も書いてください。
- Qual é a data da sua última menstruação?/最終月経はいつですか。      Ano/年      Mês/月      Dia/日

Tem experiência sexual?  
/今までに性交渉の経験がありますか。

- Não/いいえ       Sim/はい

Já fez alguma vez, exame de prevenção de câncer do útero?  
/子宮がん検診を受けたことがありますか。

- Não/いいえ       Sim/はい      \*Quem já fez, favor escrever a data/受けたことがある方は日付を書いてください
- Ano/年      Mês/月      Dia/日

Já tomou alguma vez, pílula anticoncepcional?  
/ピル(避妊薬)を飲んでいたことがありますか。

- Não/いいえ       Sim/はい

Está grávida ou há a possibilidade de estar grávida?  
/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 ( \_\_\_\_\_ semanas/週)       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



**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		

**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 :