一般健康診断　問診票

Questionário Médico – Exame de Saúde Geral

|  |
| --- |
| 健康保険被保険者証等（健康保険証）に記載されている記号、番号（枝番）、保険者番号を転記してください。記載いただいた場合は、記号・番号を健診結果とともに加入する保険者へ提供し、健診結果の管理に活用いたします。Escreva o seu código, número (sufixo) e o número da seguradora que constam no cartão de segurado do seguro de saúde (cartão do seguro de saúde). Caso esses dados sejam fornecidos, o código e o número, bem como os resultados do exame de saúde serão fornecidos à sua seguradora, e serão usados para o controle dos resultados do exame. |
| 記号：Código: |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 番号（枝番）：Num. (sufixo): |  |  |  |  |  | － |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 保険者番号：Num. da seguradora: |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 団体・会社名：Nome da associação / empresa: | 　　　　　　　　　　　　 |
| 所属部署名：Setor: |  |
| 氏名Nome: |  |
| 生年月日：Data de nascimento: | 　　 年　 月　 日ano mês dia | 年齢：Idade: | 歳anos | 性別：Sexo: | 男・女M / F |

**本問診票は、事業者が労働者の健康状態を把握し、労働時間の短縮、作業転換等の事後措置を行い、脳・心臓疾患の発症の防止、生活習慣病等の増悪防止を図るという目的において使用されます。**

**Este questionário médico será utilizado com o objetivo de o empregador compreender o estado de saúde dos trabalhadores e, tomar medidas subsequentes como encurtar a jornada de trabalho e transferência para outros trabalhos, e com isso prevenir o aparecimento de doenças cerebrais e cardíacas, e o agravamento de doenças relacionadas ao estilo de vida.**

　　　　　※医師の診断・治療のもとで服薬中の者を指す。　　　　　　　　　　　　　　　　　　\* Quem está tomando medicamentos com base no diagnóstico ou tratamento médicos.

| 分類Classificação | N º | 質問項目Itens da pergunta | 回答Resposta  |
| --- | --- | --- | --- |
| 既往歴Histórico médico |  | 医師から、脳卒中（脳出血、脳梗塞等）にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。Foi diagnosticado de derrame cerebral (hemorragia cerebral, isquemia cerebral) pelo médico ou fez tratamento dessa doença? | ①はい 　　Sim ②いいえ 　Não |
|  |  | 医師から、心臓病（狭心症、心筋梗塞等）にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。Foi diagnosticado de doença cardíaca (angina de peito, infarto do miocárdio) pelo médico ou fez tratamento dessa doença? | ①はい 　　Sim ②いいえ 　Não |
|  |  | 医師から、慢性腎臓病や腎不全にかかっているといわれたり、治療（人工透析など）を受けていますか。Foi diagnosticado de doença renal crônica ou insuficiência renal pelo médico ou fez tratamento dessa doença (como hemodiálise)? | ①はい 　　Sim ②いいえ 　Não |
|  |  | 医師から、貧血といわれたことがありますか。Foi diagnosticado de anemia pelo médico?  | ①はい 　　Sim ②いいえ 　Não |
| （うち服薬歴） (Histórico de medicamentos) |  | 現在、aからcの薬を使用していますか※Atualmente, está utilizando alguns desses medicamentos de a. a c.?\* |  |
|  | a． 血圧を下げる薬a. Medicamento para diminuir a pressão arterial. | ①はい 　　Sim ②いいえ 　Não |
|  | b． 血糖を下げる薬又はインスリン注射b. Medicamento para baixar a glicemia ou injeção de insulina. | ①はい 　　Sim ②いいえ 　Não |
|  | c． コレステロールや中性脂肪を下げる薬c. Medicamento para diminuir a taxa de colesterol ou de triglicerídeo. | ①はい 　　Sim ②いいえ 　Não |
| （うち喫煙歴） (Histórico de fumar) |  | 現在、たばこを習慣的に吸っていますか。（※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、「合計 100 本以上、又は６ヶ月以上吸っている者」であり、最近 1 ヶ月間も吸っている者）Atualmente, tem o hábito de fumar? (\* Fumante é considerado aquele que já fumou no total mais que 100 unidades, ou tem fumado por mais de 6 meses e que continua fumando no último mês) | ①はい 　　Sim ②いいえ 　Não |
| 業務歴Histórico profissional |  | これまでに、重量物の取扱いのある業務経験がありますか。Você tem experiência de trabalho em ambiente que manuseia objetos pesados? | ①はい 　　Sim ②いいえ 　Não |
|  | これまでに、粉塵の多い環境での業務経験がありますか。Você já trabalhou em ambiente com muita poeira? | ①はい 　　Sim ②いいえ 　Não |
|  | これまでに、激しい振動を伴う業務経験がありますか。Você tem experiência de trabalho em ambiente com vibrações intensas? | ①はい 　　Sim ②いいえ 　Não |
|  | これまでに、有害物質の取扱いのある業務経験がありますか。Você tem experiência de trabalho em ambiente que manuseia substâncias tóxicas? | ①はい 　　Sim ②いいえ 　Não |
|  | これまでに、放射線の取扱いのある業務経験がありますか。Você tem experiência de trabalho em ambiente que manuseia radiação? | ①はい 　　Sim ②いいえ 　Não |
|  | 現在の職場では、どのような勤務体制で働いていますか。Em que turno você trabalha no seu emprego atual? | ①常時日勤 Somente turno diurno②常時夜勤  Somente turno noturno③交替制（日勤と夜勤の両方あり） Turno alternado (diurno e noturno) |
|  | 現在の職場での、直近１ヶ月間の１日あたりの平均的な労働時間はどのぐらいですか。（昼食等の休憩時間を除き、時間外労働を含む）Quantas horas por dia você trabalhou, em média, nos últimos 30 dias, no seu emprego atual? (sem incluir o intervalo para o almoço, etc., e incluindo as horas extras)  | ①６時間未満 Menos de 6 horas ②６時間以上８時間未満 6 horas ou mais e menos de 8 horas③８時間以上10時間未満 8 horas ou mais e menos de 10 horas④10時間以上 10 horas ou mais |
|  | 現在の職場での、直近１ヶ月間の１週間あたりの平均的な労働日数はどのぐらいですか。Quantos dias por semana você trabalhou, em média, nos últimos 30 dias, no seu emprego atual? | ①３日間未満 Menos de 3 dias②３日間以上５日間未満 3 dias ou mais e menos de 5 dias③５日間 5 dias④６日間以上 6 dias ou mais |
| 体重増加Aumento depeso |  | 20 歳の時の体重から 10kg 以上増加していますか。O seu peso aumentou em 10 quilos ou mais do peso aos 20 anos de idade? | ①はい 　　Sim ②いいえ 　Não |
| 身体活動Atividades físicas |  | 1 回 30 分以上の軽く汗をかく運動を週 2 日以上、1 年以上実施していますか。Pratica exercício físico que faz transpirar por mais de 30 minutos, pelo menos 2 vezes por semana e por mais de 1 ano? | ①はい 　　Sim ②いいえ 　Não |
|  | 日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1 時間以上実施していますか。Na vida diária, tem feito caminhada ou atividade física equivalente a mais de 1 hora por dia? | ①はい 　　Sim ②いいえ 　Não |
|  | ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速いですか。Caminha mais rápido que outras pessoas da mesma faixa etária e mesmo sexo? | ①はい 　　Sim ②いいえ 　Não |
| 歯の状態Condição dos seus dentes |  | 食事をかんで食べる時の状態はどれにあてはまりますか。Qual dos seguintes itens corresponde à sua condição mastigatória durante a refeição? | ①何でもかんで食べることができる Consigo mastigar qualquer tipo de alimento②歯や歯ぐき、かみあわせなど気になる部分があり、かみにくいことがある Tenho preocupação com dente, gengiva ou com oclusão dentária③ほとんどかめない Praticamente não consigo mastigar |
| 食習慣Hábitos alimentares |  | 人と比較して食べる速度が速いですか。Você come mais rápido do que outras pessoas? | ①速い 　Rápido ②ふつう Normal③遅い　 Lento |
|  | 就寝前の 2 時間以内に夕食をとることが週に 3 回以上ありますか。Tem jantado menos de 2 horas antes de se deitar, mais que 3 vezes por semana? | ①はい 　　Sim ②いいえ 　Não |
|  | 朝昼夕の3食以外に間食や甘い飲み物を摂取していますか。Além das 3 refeições, manhã, tarde e noite, você toma nos intervalos bebidas adocicadas ou lanches? | ①毎日 Todos os dias ②時々 Às vezes③ほとんど摂取しない Quase nunca |
|  | 朝食を抜くことが週に 3 回以上ありますか。Deixa de tomar o café da manhã mais que 3 vezes por semana? | ①はい 　　Sim ②いいえ 　Não |
| 飲酒の状況Consumo de bebidas alcoólicas |  | お酒（日本酒、焼酎、ビール、洋酒など）はどの位の頻度で飲みますか。Qual é a frequência com que consome bebidas alcóolicas (saquê, aguardente, cerveja e/ ou outras bebidas alcóolicas)? | ①毎日 Todos os dias ②時々 Às vezes ③ほとんど飲まない（飲めない） Quase não bebo (Não bebo) |
|  | 飲酒日の１日当たりの飲酒量はどの位ですか。日本酒１合（１８０ｍｌ）の目安：ビール中瓶１本（約５００ｍｌ）、焼酎２５度（１１０ｍｌ）、ウイスキーダブル一杯（６０ｍｌ）、ワイン２杯（２４０ｍｌ）No dia em que toma bebida alcóolica, qual é a quantidade que consome? Medidas de referência: 1 dose de saquê (180ml) equivale a 500ml de cerveja＝110ml de aguardente de teor alcoólico 25°=dois dedos de uísque(60ml) = 2 copos de vinho (240ml) | ①１合未満 Menos de 1 dose de saquê ②１～２合未満 De 1 dose ou mais e menos de 2 doses de saquê③２～３合未満 De 2 dose ou mais e menos de 3 doses de saquê ④３合以上　 Mais de 3 doses de saquê |
| 休養Descanso |  | 睡眠で休養が十分とれていますか。Tem dormido bem o suficiente para descansar?  | ①はい 　　Sim ②いいえ 　Não |
| 生活習慣改善意向Intenção de melhorar o seu estilo de vida |  | 運動や食生活等の生活習慣を改善しようと思っていますか。Tem pensado em melhorar o seu hábito alimentar e/ou atividadefísica? | ①改善するつもりはない Não penso em mudar ②改善するつもりである（概ね６か月以内） Penso em mudar ③近いうちに（概ね１か月以内）改善するつもりであり、少しずつ始めている Em breve (dentro de 1 mês) penso em mudar ④既に改善に取り組んでいる（６か月未満） Iniciei a mudança (há menos de 6 meses) ⑤既に改善に取り組んでいる（６か月以上） Iniciei a mudança (há mais de 6 meses) |
|  | 生活習慣の改善について保健指導（個人への指導）を受ける機会があれば、利用しますか。Se tiver oportunidade, gostaria de receber orientação (orientação personalizada) sobre hábitos saudáveis para melhoria da saúde? | ①はい 　　Sim ②いいえ 　Não |
| その他Outros |  | 何か健康について相談したいことがありますか。Você deseja fazer uma consulta relacionada à sua saúde? | ①はい 　　Sim ②いいえ 　Não |