

患者氏名 :

患者 ID :

Questionário clínico - Aparelho digestivo (gastroenterologia)/消化器科 問診票

Favor marcar os dados que lhe corresponderem./ あてはまるものにチェックしてください。

Nome do paciente/ 患者氏名		Data/ 日付	ano	mês	dia
			/ 年	/ 月	/ 日
Data de nascimento/ 生年月日	ano/ 年	mês/ 月	dia/ 日	Sexo/ 性別	<input type="checkbox"/> Masculino/ 男 <input type="checkbox"/> Feminino/ 女
Altura, Peso/ 身長・体重	cm	kg	Idade/ 年齢	anos/ 歳	
Idioma/ 言語			Nacionalidade/ 国籍		

Situação de vida/ 生活状況

- Tenho familiar que requer cuidados de saúde/ 介護しなければならない家族がいる
 Tenho criança pequena/ 幼い子どもがいる
 Família de idosos/ 高齢者世帯
 Vivo sozinho(a)/ 独居
 Família monoparental/ 母子家庭
 Outros/ その他 ()

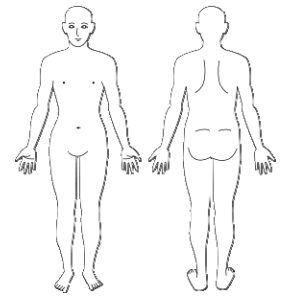
Profissão/ 職業

- Emprego fixo/ 常勤雇用
 Trabalho em tempo parcial/ パートタイム
 Autônomo/ 自営業
 Aposentado(a)/ 退職
 Desempregado(a)/ 無職

Qual parte do corpo sente estes sintomas?/ どの部位の症状ですか?

Favor circular onde sente estes sintomas

/ 症状のあるところに丸をしてください。

**Como são estes sintomas?/ どのような症状ですか?**

- Dor aguda/ 鋭い痛み
 Dor vaga/ 鈍い痛み
 Tenho febre/ 熱がある
 Náusea/ 吐き気
 Vômitos/ 嘔吐
 Vômitos de sangue/ 吐血
 Eructação(arrotos)/ げっぷ
 Distensão abdominal / お腹が張る
 Prisão de ventre/便秘
 Diarréia/ 下痢
 Melena(sangue nas fezes)/ 下血
 Inchaço (hidropsia)/ むくむ
 Falta de apetite/ 食欲がない
 A comida engasga / 食べ物がかえる
 Sinto azia/ 胸焼けする
 Cor das fezes/ 便の色 (Marrom/ 茶 Vermelhada/ 赤 Preta/ 黒 Branca/ 白)
 Vomitei sangue depois que ingeri bebida alcoólica/ 飲酒のあとに血を吐いた
 Outros/ その他 ()

Quando (em quais ocasiões) sente este(s) sintoma(s)?/ どんな時に症状がありますか

- Manhã/ 朝
 Tarde/ 昼
 Final de tarde/ 夕方
 Noite/ 晩
 Irregular/ 不定期
 De repente/ 突然
 Sempre/ いつも
 Gradualmente/ 徐々に
 Ao movimentar/ 動くと
 Quando sinto cansaço/ 疲労を感じたとき
 Enquanto durmo/ 就寝中
 Enquanto como/ 食事中
 Quando acordo/ 起床時
 Quando estou com fome/ 空腹時
 Quando estou saciado/ 満腹時
 Nada definido/ 特に決まっていない
 Outros/ その他 ()

Desde quando isto acontece?/ それはいつからですか?

Desde _____ano/ 年 _____mês/ 月 _____dia/ 日ごろから

* Preencha também o verso onde for necessário./ ※裏面もご記入ください。

患者氏名 :

患者 ID :

Está atualmente em tratamento de alguma doença?/ 現在治療している病気はありますか? Sim/ はい (Nome da doença/ 病名: _____) Não/ いいえ**Tem sintomas alérgicos a remédios ou alimentos?/ 薬や食べ物でアレルギーがでますか?** Sim/ はい → Remédios/ 薬 Alimentos/ 食べ物 Outros/ その他 (_____) Não/ いいえ**Está tomando algum medicamento atualmente?/ 現在飲んでいる薬はありますか?** Sim/ はい → Favor mostrar se o possui/ 持っていれば見せてください Não/ いいえ**Já teve alguma doença até agora?/ 今までにかかった病気はありますか?** Doenças gastrointestinais/ 胃腸の病気 Doenças do fígado/ 肝臓の病気 Doenças cardíacas/ 心臓の病気 Doenças renais/ 腎臓の病気 Doenças respiratórias/ 呼吸器の病気 Doenças do sangue/ 血液の病気 Doenças cerebrais, sistema nervoso/ 脳・神経系の病気 Câncer/ 癌 Doenças da tireoide/ 甲状腺の病気 Diabetes/ 糖尿病 Outros/ その他 (_____)**Quantos anos tinha quando isto aconteceu?/ それは何歳の時ですか?**

Idade: _____(anos)/ 歳

Fuma cigarros?/ たばこを吸いますか? Fumo/ 吸う → Atualmente/ 現在: _____unidades/dia/ 本/日 Anos de fumante/ 喫煙歴: _____anos/年 Já fumei/ 以前吸っていた → No passado/ 過去: _____unidades/dia/ 本/日 Anos de fumante/ 喫煙歴: _____anos/年 Não fumo/ 吸わない**Ingere bebidas alcoólicas?/ お酒を飲みますか?** Sim/ はい → _____ml/dia / ml/ 日 Não/ いいえ**Já fez alguma cirurgia?/ 手術を受けたことがありますか?** Sim/ はい Não/ いいえ**Quando foi isso?/ いつごろですか?**

Aproximadamente: _____ano/ 年 _____mês/ 月 (Nome da cirurgia/ 手術名: _____)

Já tomou anestesia?/ 麻酔を受けたことがありますか? Sim/ はい → Anestesia geral/ 全身麻酔 Anestesia local/ 局所麻酔 Não/ いいえ**Houve algum problema devido à anestesia?/ 麻酔をして何かトラブルがありましたか?** Sim/ はい Não/ いいえ**Já recebeu transfusão sanguínea?/ 輸血を受けたことがありますか?** Sim/ はい Não/ いいえ**Houve algum problema devido à transfusão?/ 輸血をして何かトラブルがありましたか?** Sim/ はい Não/ いいえ**Está grávida ou existe 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?** Sim/ はい → _____meses/ ヶ月 Não sei/ わからない Não/ いいえ**Está amamentando?/ 授乳中ですか?** Sim/ はい Não/ いいえ**Daqui em diante, poderá trazer um intérprete por conta própria?/ 今後、通訳を自分で連れてくることができますか?** Sim/ はい Não/ いいえ