

患者氏名 :

患者 ID :

**Questionário clínico - Dermatologia/皮膚科 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。

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

**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( )

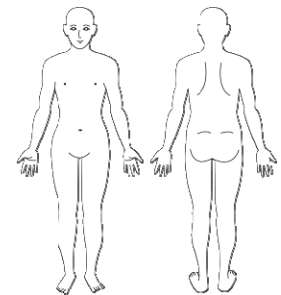
**Profissão/ 職業**

- 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?**

- Dói/ 痛い
  Tenho febre/ 熱がある
  Está ardendo/ ピリピリしている  
 Queimadura/ やけど
  Nevo (pinta)/ ほくろ
  Tenho coceira/ かゆい  
 Erupção cutânea/ 発しん
  Eczema/ 湿しん
  Manchas/ しみ  
 Fui picado por inseto/ 虫に刺された
  Micose/ 水虫
  Está úmido (de secreção ou pus) / じくじくしている  
 Equimose, manchas / あざ
  Outros/ その他( )

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

A partir de \_\_\_\_\_ ano/ 年 \_\_\_\_\_ mês/ 月 \_\_\_\_\_ dia/ 日ごろから

**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

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

患者氏名：

患者 ID：

**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