

患者氏名 :

患者 ID :

Questionário clínico - Psiquiatria/精神科 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

O que lhe aconteceu (como se sente)?/ どうしましたか?

- Não consigo dormir/ 眠れない
 Estou indisposto/ 元気がない
 Tenho hiperdisposição/ 元気が良すぎる
 Insegurança e/ou crise de pânico/ 不安やパニック発作
 Me sinto depressivo/ うつ気分
 Escuto vozes mesmo que não hajam pessoas ao redor/ 周りに人がいないのに声が聞こえる
 Quero morrer/ 死にたい
 Sinto que estou sendo vigiado/ 人に見られている気がする
 Estou agressivo/ 暴力をふるう
 Estou falando mais do que o normal/ いつもよりよくしゃべる
 Fico exaltado facilmente/ 興奮しやすい
 Fico inconsciente/ 意識がなくなる
 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

Qual é o seu objetivo para a consulta de hoje?/ 本日の受診の目的は何ですか?

- Consulta/ 診断
 Tratamento/ 治療
 Internação/ 入院
 Apresentação/ 紹介
 Atestado médico/ 診断書
 Segunda opinião/ セカンドオピニオン
 Outros/ その他 ()

Já foi diagnosticado com alguma das doenças abaixo descritas? / 今まで以下の病気と診断されたことがありますか?

- Deficiência cognitiva (demência)/ 認知症
 Dependência ao álcool ou drogas / アルコールや薬物依存
 Depressão/ うつ病
 Mania/ 躁病
 Distúrbio bipolar/ 躁うつ病
 Pânico/ パニック
 Insônia/ 不眠症
 Distúrbio de personalidade/ パーソナリティ障害
 Transtorno de desenvolvimento/ 発達障害
 Epilepsia/ てんかん
 Esquizofrenia/ 統合失調症
 Retardo mental/ 精神遅滞
 Distúrbio de atenção, hiperatividade/ 注意欠陥 (欠如) 多動性障害
 Outros/ その他 ()

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

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

患者氏名 :

患者 ID :

Tem sintomas alérgicos a remédios ou alimentos?/ 薬や食べ物でアレルギーがですか?

- 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