

患者氏名 :

患者 ID :

Questionário clínico - Clínica cirúrgica/外科 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 / 年	mês / 月	dia / 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
 Família de idosos/ 高齢者世帯
 Outros/ その他 ()
- Tenho criança pequena/ 幼い子どもがいる
 Família monoparental/ 母子家庭

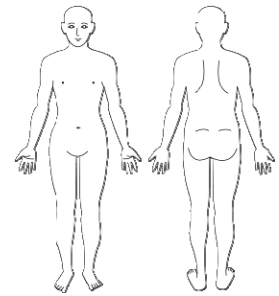
Profissão/ 職業

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

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。

**Sintomas da região abdominal/ 腹部の症状**

- Dói/ 痛い
 Sangramento/ 出血
- Inchaço/ 腫れ
 Outros/ その他 ()
- Caroço/ しこり

Sintomas da região peitoral/ 胸部の症状

- Dói/ 痛い
 Sangramento/ 出血
- Inchaço/ 腫れ
 Outros/ その他 ()
- Caroço/ しこり

Outros sintomas/ その他の症状

- Dói/ 痛い
 Sangramento/ 出血
 Inchaço (hidropsia)/ むくみ
 Tenho febre/ 熱がある
 Diarréia/ 下痢
 Estou perdendo peso/ 体重が減っている
 Garganta (tireoide)/ のど (甲状腺)
- Inchaço/ 腫れ
 Tive uma torção/ ひねった
 Tenho coceira/ かゆい
 Queimadura/ やけど
 Hemorróida/ 痔
 Cálculo biliar/ 胆石
- Caroço/ しこり
 Ferida/ けが
 Mama túrgida (inchada)/ 乳房が張る
 Dormência (entorpecimento)/ しびれ
 Sangue nas fezes/ 血便
 Hérnia/ 脱腸 (ヘルニア)
 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