

患者氏名 :

患者 ID :

Questionário clínico - Urologia/泌尿器科 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 / 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 familiar/ 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?

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Tenho febre/ 热がある | <input type="checkbox"/> Dor na região lombar/ 腰部の痛み | <input type="checkbox"/> Dor na região abdominal/ 腹部の痛み |
| <input type="checkbox"/> Dor na região do saco escrotal / 陰のう部の痛み | <input type="checkbox"/> Dor na região do pênis/ 陰茎部の痛み | <input type="checkbox"/> Dificuldades para urinar/ 尿が出にくい |
| <input type="checkbox"/> Sangue na urina/ 血尿が出た | <input type="checkbox"/> Incontinência urinária/ 尿失禁 | <input type="checkbox"/> Micção frequente/ 頻尿 |
| <input type="checkbox"/> Dor ao urinar/ 排尿時の痛み | <input type="checkbox"/> Enurese/ おねしょ | <input type="checkbox"/> Anormalidade no órgão genital/ 性器の異常 |
| <input type="checkbox"/> Estéril/ 不妊 | <input type="checkbox"/> 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

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？

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Doenças gastrointestinais/ 胃腸の病気 | <input type="checkbox"/> Doenças do fígado/ 肝臓の病気 | <input type="checkbox"/> Doenças cardíacas/ 心臓の病気 |
| <input type="checkbox"/> Doenças renais/ 腎臓の病気 | <input type="checkbox"/> Doenças respiratórias/ 呼吸器の病気 | <input type="checkbox"/> Doenças do sangue/ 血液の病気 |
| <input type="checkbox"/> Doenças cerebrais, sistema nervoso/ 脳・神経系の病気 | | <input type="checkbox"/> Câncer/ 癌 |
| <input type="checkbox"/> Doenças da tireoide/ 甲状腺の病気 | <input type="checkbox"/> Diabetes/ 糖尿病 | <input type="checkbox"/> 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？

- | | | |
|--|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Fumo/ 吸う → | Atualmente/ 現在: _____unidades/dia/ 本/日 | Anos de fumante/ 喫煙歴: _____anos/年 |
| <input type="checkbox"/> 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 |
| <input type="checkbox"/> Não fumo/ 吸わない | | |

Ingere bebidas alcoólicas?/ お酒を飲みますか？

- | | | |
|------------------------------------|---------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sim/ はい → | _____ml/dia / ml/ 日 | <input type="checkbox"/> Não/ いいえ |
|------------------------------------|---------------------|-----------------------------------|

Já fez alguma cirurgia?/ 手術を受けたことがありますか？

- | | |
|----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sim/ はい | <input type="checkbox"/> 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？

- | | | |
|------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sim/ はい → | <input type="checkbox"/> Anestesia geral/ 全身麻酔 | <input type="checkbox"/> Anestesia local/ 局所麻酔 |
| <input type="checkbox"/> 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？

- | | |
|----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sim/ はい | <input type="checkbox"/> Não/ いいえ |
|----------------------------------|-----------------------------------|

Já recebeu transfusão sanguínea?/ 輸血を受けたことがありますか？

- | | |
|----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sim/ はい | <input type="checkbox"/> 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？

- | | |
|----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sim/ はい | <input type="checkbox"/> 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？

- | | | |
|---|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sim/ はい → _____meses/ ケ月 | <input type="checkbox"/> Não sei/ わからない | <input type="checkbox"/> Não/ いいえ |
|---|---|-----------------------------------|

Está amamentando?/ 授乳中ですか？

- | | |
|----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sim/ はい | <input type="checkbox"/> 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？

- | | |
|----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sim/ はい | <input type="checkbox"/> Não/ いいえ |
|----------------------------------|-----------------------------------|