

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	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 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?

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

