

患者氏名 :

患者 ID :

Questionário clínico - Otorrinolaringologia/耳鼻咽喉科 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?

- Tenho febre/ 熱がある Sensação de cabeça pesada/ 頭が重い Tenho dor de cabeça/ 頭が痛い
 Dificuldade para respirar/ 息苦しい Alergia a pólen/ 花粉症 Outros/ その他 ()

Sintomas no ouvido/ 耳の症状

- Direito/ 右 Esquerdo/ 左 Ambos/ 両方
 Há sangramento/ 血がでる Zumbido/ 耳なり Secreção auricular/ 耳だれ
 Cera auricular/ 耳あか Escuto mal/ 聞こえが悪い Ouvido entupido/ 耳がつまる
 Dor de ouvido/ 耳が痛い Sensação de congestão no ouvido/
耳がふさがった感じ Vertigem/ めまい
 Outros/ その他 ()

Sintomas no nariz/ 鼻の症状

- Há sangramento/ 血がでる Secreção nasal/ 鼻がでる Ronco/ いびき
 Não consigo sentir os cheiros (distúrbio no olfato)/ においがわからない Mau odor/ 異臭がする Espirros/ くしゃみ
 Nariz entupido/ 鼻がつまる Outros/ その他 ()

Sintomas na garganta/ のどの症状

- Há sangramento/ 血がでる Rouquidão (a voz falha)/ 声がかれる Garganta seca/ 喉が渴く
 Dor na língua/ 舌が痛い Dificuldade para engolir/ 飲み込みにくい Catarro/ たん
 Inflamação na mucosa oral (Estomatite)/ 口内炎 Sinto distúrbio no paladar / 味がおかしいと感じる Tenho dor de garganta/ のどが痛い
 Inchaço no rosto, pescoço/ 顔・頸部 (くび) の腫れ Tosse/ せき
 Tenho a sensação de que há alguma coisa na garganta/ のどに何かある感じ 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

* 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