

患者氏名 :

患者 ID :

Questionário clínico - Obstetrícia/産婦人科 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?

- Gravidez/ 妊娠
 Menstruação anormal/ 月経の異常
 Corrimento vaginal/ おりもの
 Tenho dores na região inferior do abdômen/ 下腹部が痛い
 Hemorragia anormal do órgão genital / 不正性器出血
 Pólipos/ ポリープ
 Cisto ovariano/ 卵巣のう腫
 Coceira no órgão genital/ 性器のかゆみ
 Mioma uterino/ 子宮筋腫
 Exame preventivo de câncer/ がん検診
 Infertilidade/ 不妊症
 Anemia/ 貧血
 Tenho convulsões/ ひきつけをおこす
 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

Sobre a menstruação/ 月経について

Quando foi a primeira menstruação?/ 初めて月経があったのはいつですか? Idade/ 年齢: _____anos/ 歳
 Quando foi a menopausa?/ 閉経はいつですか? Idade/ 年齢: _____anos/ 歳

Sobre o ciclo menstrual/ 周期について

- De 28 dias / 28 日型
 De 30 dias/ 30 日型
 De _____ dias/ 日型
 Irregular/ 不順

Qual é a média de duração da menstruação?/ 平均月経持続日数は?

De _____ dias/ 日間

Sobre o volume de menstruação/ 月経の量について

- Muito/ 多い
 Normal/ 普通
 Pouco/ 少ない

Tem cólicas menstruais?/ 月経痛はありますか?

- Sim/ はい
 Não/ いいえ

Quando teve sua última menstruação?/ 最終月経は?

Data/ 日付: _____mês/ 月 _____dia/ 日

Já teve relações sexuais?/ 今までに性行為をした事がありますか?

- Sim/ はい
 Não/ いいえ

*Favor preencher a outra página também./ ※次のページもご記入ください。

患者氏名 :

患者 ID :

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
Já fez algum exame ginecológico de câncer cervical (teste de Papanicolau)?/ 子宮頸がん検診を受けたことがありますか?
 Sim/ はい → Data/ 日付: _____ ano/ 年 _____ mês/ 月 _____ dia/ 日
 Não/ いいえ
Houve alguma anormalia no resultado do exame de câncer cervical?/ 子宮頸がん検診の結果なにか異常はありましたか?
 Sim/ はい
 Não/ いいえ
Números de vezes que engravidou/ 妊娠した回数
 Gravidez/ 妊娠 _____ vez(es)/ 回

 Parto(s)/ 分娩 _____ vez(es)/ 回

 → Parto normal/ 正常分娩 _____ vez(es)/ 回

 → Parto anormal/ 異常分娩 _____ vez(es)/ 回

 Aborto(s)/ 流産 _____ vez(es)/ 回

 → Aborto natural/ 自然流産 _____ vez(es)/ 回

 → Aborto induzido/ 人工流産 _____ vez(es)/ 回

 Outros/ その他
 Gravidez ectópica/ 子宮外妊娠
 Mola hidatiforme/ 胎状奇胎
Para as gestantes: Espera fazer o parto neste hospital?/ 妊娠の方は当院での出産を希望しますか?
 Sim/ はい
 Não/ いいえ
Histórico de doenças na família/ 家族の病歴

| | Idade /年齢 | Saudável /健康 | Não é saudável /健康ではない | Distúrbio(s) genético /遺伝子疾患 | Pressão alta /高血圧 | Diabetes /糖尿病 | Câncer /がん |
|-------------|--------------|--------------------------|---------------------------|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Pai/ 父 | () | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mãe/ 母 | () | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Irmãos/ 兄弟 | () | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Irmãs/ 姉妹 | () | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Esposo/ 夫 | () | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Filhos/ 子ども | () | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

*Favor preencher a outra página também./ ※次のページもご記入ください。

