

患者氏名 :

患者 ID :

Questionário médico para anestesia / 麻酔 問診票

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
Nº de ID do paciente no hospital/ 患者 ID		Idade/ 年齢	anos/ 歳		

Antes de fornecer-lhe anestésicos, gostaríamos de confirmar sua condição física. Responda as perguntas abaixo de acordo com seus melhores conhecimentos.

/ 麻酔を行うにあたり、貴方のお体の状態を確認いたします。お分かりになる範囲で結構ですので、以下の質問にお答えください。

Selecione as caixas apropriadas./ あてはまるものにチェックしてください。

1. Você já passou por alguma cirurgia e/ou tomou anestesia?/ 今までに手術・麻酔を受けたことがありますか? Sim/ はい→

Tipo de cirurgia/ 手術名: _____

 Não/ いいえ**2. No momento você está recebendo (ou já recebeu) tratamento para alguma(s) doença(s)?**

/ 現在治療を受けているあるいは過去に治療を受けた病気がありますか?

Se a sua resposta for “Sim”, selecione o(s) nome(s) da(s) doença(s) na lista a seguir.

/ 「はい」と答えた方は該当の病名を下記から選んでください。

 Hipertensão/ 高血圧 Doença valvular cardíaca/ 心臓弁膜症 Angina de peito e/ou infarto cardíaco/ 狭心症・心筋梗塞 Outras doenças cardíacas/ その他の心臓病 Enfisema pulmonar/ 肺気腫 Asma/ 喘息 Sim/ はい→ Outras doenças pulmonares ou respiratórias/ その他の肺・呼吸器病 Diabetes mellitus/ 糖尿病 Doença hepática/ 肝臓病 Doença renal/ 腎臓病 Convulsão e/ou epilepsia/ 痙攣・てんかん Glaucoma (pressão intraocular anormal)/ 緑内障 (眼圧の異常) Derrame e/ou infarto cerebral/ 脳卒中・脳梗塞 Doença dos ossos e músculos/ 骨や筋肉の病気 Outras/ その他 () Não/ いいえ**3. No momento você está tomando algum medicamento ou suplemento?/ 薬やサプリメントを飲んでいますか?** Sim/ はい→

Forneça o(s) nome(s) do(s) medicamento(s), se você souber./ 薬の名前がわかればお書きください。

 Não/ いいえ**4. Você já apresentou urticária ou dificuldade para respirar depois de ingerir medicamentos ou alimentos?**

/ 薬や食物でじんましんが出たことや、息が苦しくなったことはありますか?

 Sim/ はい Não/ いいえ**5. Você consome bebidas alcoólicas?/ お酒を飲みますか?** Sim/ はい Não/ いいえ**6. Você fuma?/ 煙草を吸いますか?** Sim/ はい 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 :

7. Você tem dentes postiços, coroas com pino ou dentes moles?/ 入れ歯、差し歯、ぐらぐらしている歯はありますか?

 Sim/ はい Não/ いいえ

8. Você consegue subir andando um lance de escadas?/ 1 階分の階段を歩いてのぼれますか?

 Sim/ はい Não/ いいえ

9. Demora muito tempo para um sangramento parar ou você apresenta sangramento com facilidade?/ 血が止まりにくい、血が出やすいことはありますか?

 Sim/ はい Não/ いいえ

10. Algum membro de sua família (parentes consanguíneos) teve problemas com cirurgias e/ou anestesia?

/ ご家族（血縁）の中で、手術・麻酔を受けた際に問題があった方はいますか?

 Sim/ はい Não/ いいえ

11. (Somente para mulheres) É possível que você esteja grávida?/ (女性の方のみ)妊娠している可能性はありますか?

 Sim/ はい Não/ いいえ

Se você tiver dúvidas, preocupações ou solicitações referentes a anestesia, escreva-as a seguir.

/ 麻酔に関して、お聞きになりたいこと、心配なこと、希望されることがあれば、お書きください。