

患者氏名 :

患者 ID :

**Questionário clínico - Pediatria/小児科 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。

<b>Nome do paciente/ 患者氏名</b>		<b>Data/ 日付</b>	ano	mês	dia
			/ 年	/ 月	/ 日
<b>Data de nascimento/ 生年月日</b>	ano/ 年	mês/ 月	dia/ 日	<b>Sexo/ 性別</b>	<input type="checkbox"/> Masculino/ 男 <input type="checkbox"/> Feminino/ 女
<b>Altura, Peso/ 身長・体重</b>	cm	kg	<b>Idade/ 年齢</b>	anos/ 歳	
<b>Idioma/ 言語</b>			<b>Nacionalidade/ 国籍</b>		

**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 ( )

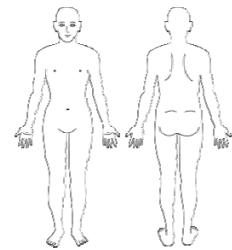
**Profissão/ 職業**

- 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

**Qual parte do corpo sente estes sintomas?/ どの部位の症状ですか?**

Favor circular onde sente estes sintomas

/ 症状のあるところに丸をしてください。

**Como são estes sintomas?/ どのような症状ですか?**

- Tem febre/ 熱がある
  Tem dores/ 痛い
  Tosse/ せき
  Tem convulsões/ ひきつけをおこす  
 Inchaço (hidropisia)/ むくみ
  Erupção cutânea/ 発しん
  Zumbido/ 耳鳴り
  Falta de apetite/ 食欲がない  
 Náusea/ 吐き気
  Vômitos/ 嘔吐
  Diarréia/ 下痢
  Sangue nas fezes/ 血便  
 Fica inconsciente/ 意識がなくなる
  Mau humor/ 機嫌が悪い
  Indisposição/ 元気がない  
 Aumento irregular de peso/ 体重の増加不良
  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

**Que tipo de medicamento consegue tomar?/ どんな種類の薬が飲めますか?**

- Xarope/ シロップ
  Em pó/ 粉薬
  Comprimidos ou cápsulas/ 錠剤またはカプセル

**Circunstâncias da época do parto/ 出産の時のようす**

Peso do bebê/ 赤ちゃんの体重: \_\_\_\_\_ g Idade da mãe/ 母親の年齢: \_\_\_\_\_ anos/ 歳

- Parto normal/ 正常分娩
  Parto anormal/ 異常分娩
  Parto cesariana/ 帝王切開

**Vacinas preventivas já tomadas/ 接種済み予防接種**

- Vacina contra *Haemophilus influenzae* tipo B (Hib)/ ヒブ
  Pneumococo/ 肺炎球菌
  Poliomielite/ ポリオ  
 Vacina Tríplice bacteriana/ 三種混合
  Vacina tetra (difteria, coqueluche, tétano, poliomielite)/ 四種混合  
 Sarampo e rubéola MR/ 麻疹・風疹混合
  Caxumba/ おたふく風邪
  Catapora/ 水ぼうそう  
 Encefalite japonesa/ 日本脳炎
  BCG/ BCG
  Rotavírus/ ロタウィルス
  Outros/ その他 ( )

\*Preencha também o verso onde for necessário./ ※裏面もご記入ください。

患者氏名 :

患者 ID :

**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**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

**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**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