

患者氏名 :
患者ID :

Português/ポルトガル語

Solicitação de consulta médica /診療申込書

Nome / 氏名		Sexo / 性別	<input type="checkbox"/> Masculino/男 <input type="checkbox"/> Feminino/女
Data de nascimento (Ano/Mês/Dia) / 生年月日	Ano/年 Mês/月 Dia/日	Idade / 年齢	Anos/歳

Endereço residencial ou do local de estadia no Japão/住所又は日本での滞在先

Endereço do país de origem (para pessoas de estadia de curto prazo)/本国の住所（短期滞在者のみ）

Telefone residencial / 電話（自宅）		Telefone celular / 電話（携帯）	
Nacionalidade / 国籍		Necessita de intérprete? / 通訳の希望	<input type="checkbox"/> Sim/必要 <input type="checkbox"/> Não/必要でない
Idioma nativo / 母国語		Profissão / 職業	
Outro idioma falado além da língua materna / 母国語以外に対応可能な言語		Cuidado(s) especial(is) necessários por motivos religiosos e outros / 宗教などの理由により特別に配慮が必要な事項	

Contato de emergência/緊急連絡先

Nome/ 氏名		Relação com o paciente / 患者との関係	
Endereço/ 住所			
Telefone residencial / 電話（自宅）		Telefone celular / 電話（携帯）	

●Qual a sua situação de estadia no Japão?/日本での滞在状況を教えて下さい。

- Residente/居住 Estadia de curto prazo / 短期滞在(negócios/ビジネス turismo/旅行)
 Estudante internacional/留学生 Outros その他()

患者氏名 :

患者ID :

Português/ポルトガル語

●Qual o motivo pelo qual escolheu este hospital?

/当院を選んだ理由を教えて下さい。

●É a primeira vez que se consulta neste hospital?
/当院の受診は初めてですか。

Não/いいえ
Sim/はい

●Tem carta de apresentação?
/紹介状はありますか。

Não/なし
Sim/あり
Instituição médica que fez a apresentação
/紹介元医療機関 ()

●Fez reserva para a consulta?
/予約はしていますか。

Não/なし
Sim/あり

Tipo de seguro (de saúde)/保険の種類

Seguro do Japão/日本の保険 (Público/公的保険 Particular/プライベート保険)

Seguro do exterior/海外の保険

(Nome da seguradora/保険会社名:)

***Por favor, apresente o cartão de seguro de saúde ou outros documentos de saúde relacionados, caso os tenha**
/保険証やその他の医療証をお持ちの場合はご提示ください。

Não estou inscrito em nenhum seguro/保険に加入していない

Especialidade médica que gostaria de fazer a consulta/希望される診療科

Clínica Médica/内科 Medicina psicossomática/心療内科 Neurologia/神経内科
Pneumologia/呼吸器科 Gastroenterologia/消化器科 Cardiologia/循環器科 Nefrologia/腎臓内科
Pediatría/小児科 Clínica Cirúrgica/外科 Ortopedia/整形外科 Neurocirurgia/脳神経外科
Pneumologia cirúrgica/呼吸器外科 Cirurgia Cardiovascular/心臓血管外科 Dermatologia/皮膚科
Urologia/泌尿器科 Ginecología e Obstetría/産婦人科 Oftalmología/眼科
Otorrinolaringologia/耳鼻科 Odontología/歯科 outras/その他 ()

*As informações pessoais dos pacientes serão tratadas conforme os regulamentos internos deste hospital.

/患者様の個人情報については、院内の規定に基づき対応させていただきます。

*Vamos tirar uma cópia do seu documento de identificação com fotografia.

/本人確認のできる写真つき身分証明書のコピーをとらせていただきます。