

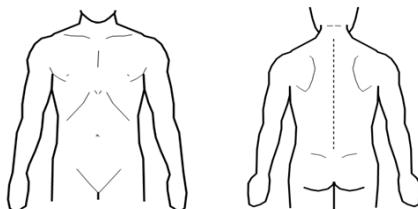
Questionário do Departamento Cardiovascular/循環器科 問診票

Nome do(a) paciente /患者氏名				Para ser preenchido pela instituição hospitalar /医療機関記入欄	BT= °C
Data de nascimento (em ano ocidental) /生年月日（西暦）	Ano/年	mês/月	dia/日	PR= /分	
	(Idade: anos/歳)			BP= mmHg	
Estatura · peso/身長・体重	cm	kg		RR= /分	
Tem alergia a /アレルギーの有無	<input type="checkbox"/> Alimentos/食べ物: <input type="checkbox"/> Medicamentos/薬:			SPO2= %	
				<input type="checkbox"/> Homem/男性 <input type="checkbox"/> Mulher/女性	

Qual o motivo de sua consulta hoje? (Quem tem vários sintomas, favor assinalar os quadrados correspondentes)
/本日はどのような症状で来られましたか。（複数ある方は複数してください。）

- O pulso está irregular /脈が乱れる Dor torácica (dor no peito)/胸痛 Sudorese fria/冷汗 O peito está pesado /胸が重たい Dificuldade respiratória/息苦しさ Falta de ar /息切れ
- Palpitação /動悸がする Tontura ao se levantar /立ちくらみ Edema (rosto, mãos, pés) /むくみ (顔・手・足) Mão e pés gelados /手足が冷たい
- Foi orientado por outra instituição médica (inclui check-up médico) para se consultar/他の医療機関から受診するように勧められた（健診含む）
- Outros/その他

Quem assinalou em “dor torácica”, favor assinalar com um círculo na parte onde tem dor/ Como é a dor?
/「胸の痛みがある」にした人は、痛みのある部分に○をつけてください。



- Dor em aperto /締め付けられるような痛み Dor em queimação /焼けるような痛み
 Dor picante /ちくちくするような痛み Dor em pontada/刺すような痛み
 Dor não definida/鈍い痛み Outros/その他 :

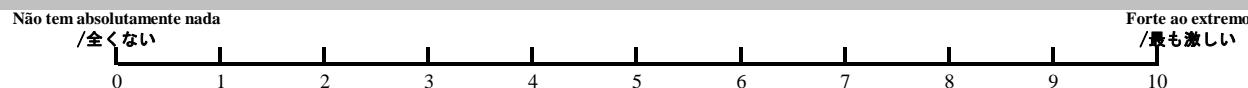
Quando estes sintomas aparecem?
/症状はどのような時に現れますか。

- Manhã/朝 Tarde/昼 Final da tarde/夕方 Durante o sono /就寝中 Ao se levantar /起床時 Irregular/不定期
- Ao subir e descer as escadas ou ladeiras/階段や坂道を歩くとき Outros/その他 :

Quais as características destes sintomas?
/症状はどのような性質を持っていますか。

- Contínuo/絶え間なく、続いている Pioram quando se sente cansado /疲労を感じた時にひどくなる Os sintomas aparecem e desaparecem /症状が出たり、消えたりしている
 Aliviam ao sentar-se /座ることにより、楽になる Estão piorando cada vez mais /徐々にひどくなっている Estão relacionados com as refeições /食事と関係している

Qual é a intensidade dos seus sintomas? Favor assinalar com um círculo no número que expressa a intensidade dos seus sintomas.
/その症状の程度を数字で表すと、どのくらいですか？下の数字のところに○を付けてください。



Desde quando tem este(s) sintoma(s)?
/この症状はいつからありますか。

Aproximadamente desde o ano/年 mês/月 dia/日 manhã/午前 - tarde/午後 horas/時 minutos/分ごろから

Está tomando algum medicamento agora? *incluir vitaminas, energéticos e suplementos.
/現在、飲んでいる薬はありますか？ ※ビタミン、栄養剤、サプリメントも含みます。

- Não/いいえ Sim/はい

*Caso possua medicamentos ou a “Caderneta de medicamentos”, favor apresentá-lo(a)
/お薬、もしくは「お薬手帳」を持っている方は、見せてください。

	Nome dos medicamentos /お薬の名前	Modo de tomar – modo de usar /飲み方・使い方		Nome dos medicamentos /お薬の名前	Modo de tomar – modo de usar /飲み方・使い方
①			⑥		
②			⑦		
③			⑧		
④			⑨		
⑤			⑩		

**Atualmente está fazendo tratamento ou, no passado fez tratamento de alguma doença?
/現在治療している病気、または過去に治療していたことはありますか？**

Não/いいえ Sim/はい

Quem assinalou no "Sim", favor escolher o nome da doença na lista abaixo e escrever o nome da instituição médica onde fazia o tratamento
/「はい」に☑した人は、疾患名リストから選択し、治療していた医療機関名を書いてください。

Nome das doenças (pode escrever o número da lista abaixo) /疾患名（下記リスト番号可）		Evolução do tratamento /治療経過	Nome da instituição médica /医療機関名
		<input type="checkbox"/> Tratado/治癒 <input type="checkbox"/> Interrompeu o tratamento/治療中断	<input type="checkbox"/> Atualmente está em tratamento/現在治療中 <input type="checkbox"/> Não tratado/未治療
		<input type="checkbox"/> Tratado/治癒 <input type="checkbox"/> Interrompeu o tratamento/治療中断	<input type="checkbox"/> Atualmente está em tratamento/現在治療中 <input type="checkbox"/> Não tratado/未治療
		<input type="checkbox"/> Tratado/治癒 <input type="checkbox"/> Interrompeu o tratamento/治療中断	<input type="checkbox"/> Atualmente está em tratamento/現在治療中 <input type="checkbox"/> Não tratado/未治療
		<input type="checkbox"/> Tratado/治癒 <input type="checkbox"/> Interrompeu o tratamento/治療中断	<input type="checkbox"/> Atualmente está em tratamento/現在治療中 <input type="checkbox"/> Não tratado/未治療

<Lista das doenças/疾患リスト>

Tipo de doença /疾患の系統		Nome da doença /疾患名			
①	Doenças do sistema digestivo /消化器系の疾患	a. úlcera do tubo digestivo /消化器潰瘍	b. hepatite/肝炎	c. cirrose hepática /肝硬変	d. outras/その他
②	Doenças do sistema circulatório /循環器系の疾患	a. hipertensão arterial /高血圧	b. angina do peito + infarto do miocárdio /狭心症・心筋梗塞	c. arritmia/不整脈	d. insuficiência cardíaca /心不全 e. outras/その他
③	Doenças do sistema respiratório /呼吸器系の疾患	a. asma/喘息	b. doença pulmonar obstrutiva crônica /慢性閉塞性肺疾患	c. pneumonia /肺炎	d. tuberculose pulmonar /肺結核 e. outras/その他
④	Doenças do sistema urinário – rins /腎・泌尿器系の疾患	a. insuficiência renal crônica /慢性腎不全	b. cálculo renal ou das vias urinárias /腎・尿管結石	c. infecções do trato urinário /尿路感染症	d. outras/その他
⑤	Doenças do sistema neurocerebral /脳神経系の疾患	a. infarto cerebral /脳梗塞	b. hemorragia cerebral /脳出血	c. epilepsia/てんかん	d. outras/その他
⑥	Doenças do sistema endócrino /内分泌代謝系の疾患	a. diabetes /糖尿病	b. hiperlipidemia /高脂血症	c. disfunção da tireoide /甲状腺機能障害	d. hiperuricemia /高尿酸血症 e. outras/その他
⑦	Doenças osteomusculares /骨・筋肉の疾患	a. reumatismo articular /関節リウマチ	b. osteoporose /骨粗鬆症	c. artrose do joelho /変形性膝関節症	d. hérnia de disco intervertebral /椎間板ヘルニア e. gota/痛風
		f. outras/その他			
⑧	Doenças ginecológicas e obstétricas /産婦人科の疾患	a. mioma uterino /子宮筋腫	b. dismenorreia /月經困難症	c. infertilidade/不孕症	d. outras/その他
⑨	Doenças oftalmológicas /眼の疾患	a. catarata/白内障	b. glaucoma/緑内障	c. retinopatia/網膜症	d. outras/その他
⑩	Doenças tumorais malignas /悪性腫瘍	a. câncer do estômago /胃がん	b. câncer do cólon /大腸がん	c. câncer do fígado, da vesícula biliar, do pâncreas /肝臓・胆のう・膵臓がん	d. câncer de mama /乳腺・胸のう・腋窩がん e. câncer do útero/子宮がん
		f. câncer pulmonar/肺癌 g. outras/その他			
⑪	Doenças psíquicas /精神の疾患	a. depressão/うつ病	b. esquizofrenia /統合失調症	c. outras/その他	
⑫	Doenças otorrinolaringológicas /耳鼻科の疾患	a. perda de audição /難聴	b. tontura/めまい	c. zumbido no ouvido /耳鳴	d. polinose/花粉症 e. outras/その他
⑬	Doenças hematológicas /血液の疾患	a. anemia/貧血	b. leucemia/白血病	c. outras/その他	
⑭	Doenças dermatológicas /皮膚の疾患	a. dermatite atópica /アトピー性皮膚炎	b. micose (pé de atleta) /白癬症（水虫）	c. outras/その他	

**Já se submeteu a alguma cirurgia até o momento?
/今までに手術をしたことがありますか。**

Não/いいえ Sim/はい Quem assinalou no "Sim", favor escrever o histórico cirúrgico /「はい」に☑した方は下に手術歴を書いてください。

Nome da doença /疾患名	Nome da cirurgia /手術名	Quando fez a cirurgia /手術をした時期	Nome da instituição médica onde fez a cirurgia/手術をした医療機関

*Caso não saiba a data certa da cirurgia, poderá escrever a "idade" ou o "ano" em que fez a cirurgia
/※詳しい手術日がわからない場合は「年齢」、「手術した年」でも構いません。

**Tem o hábito de fumar cigarros?
/習慣的に、たばこを吸いますか？**

Não/いいえ Sim/はい Fumava antes/以前吸っていた

Quantidade de cigarros/喫煙量	Período de tabagismo/喫煙期間	Año en que dejó de fumar /喫煙をやめた年
_____ Cigarros/dia/ 本/日	_____ Ano(s)/年	_____ Ano/年 _____ Mês/月

*Quem ainda fuma, favor deixar a lacuna dos antecedentes do tabagismo em branco.
/現在も喫煙を続けている方は、喫煙をやめた年は空欄のままにしておいてください。

**Tem o hábito de beber bebida alcoólica?
/習慣的にお酒を飲みますか？**

Não/いいえ Sim/はい Tinha hábito de beber antes/以前飲酒する習慣があった。

<input type="checkbox"/> Cerveja/ビール	_____ ml /dia/日	<input type="checkbox"/> Uísque/ウイスキー	_____ ml /dia/日
<input type="checkbox"/> Saquê/日本酒	_____ ml /dia/日	<input type="checkbox"/> Vinho/ワイン	_____ ml /dia/日
<input type="checkbox"/> Outras/その他	_____ ml /dia/日		

**Apenas para as mulheres. Está grávida, ou tem a possibilidade de estar grávida?
/女性の方のみお答えください。妊娠していますか、またその可能性はありますか？**

Não/いいえ Sim/はい Não sabe/わからない

**Está amamentando atualmente?
/現在、授乳中ですか？**

Não/いいえ Sim/はい

**Caso tenha alguma solicitação relacionada à consulta, favor assinalar com
/診察でのご希望がある場合は、☑をしてください。**

- Quero saber o valor do custo médico com antecedência / あらかじめ、医療費の概算を教えてほしい。
- Caso tenha intérprete, gostaria que me acompanhasse / 通訳がある場合は、通訳を付けてほしい。
- Outras/その他 :