

## Questionário de Gastroenterologia/消化器科 問診票

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

**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。)

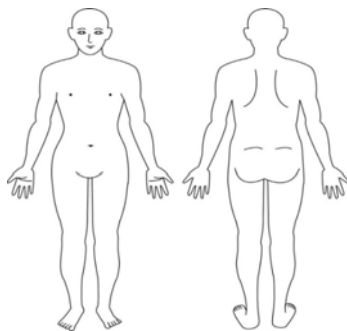
- |   |  |  |   |  |                                      |
|---|--|--|---|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Náusea/吐き気   | <input type="checkbox"/> Vômito/嘔吐           | <input type="checkbox"/> Arroto/げっぷ  | <input type="checkbox"/> Azia/胸やけ                   | <input type="checkbox"/> Vomita sangue/血を吐く      | <input type="checkbox"/> Diarreia/下痢 |
| <input type="checkbox"/> Obstipação/便秘  | <input type="checkbox"/> Sangue nas fezes/血便 | <input type="checkbox"/> Os alimentos ficam parados na garganta/食事がのどにつかえる | <input type="checkbox"/> Diminuição do apetite/食欲減退 | <input type="checkbox"/> Diminuição do peso/体重減少 |                                      |
| <input type="checkbox"/> 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) |  |  |   |  |                                      |
| <input type="checkbox"/> Outros/その他 :   |  |  |   |  |                                      |

**Favor assinalar com  o item que corresponde ao estado das fezes.**  
/便の性状にしてください。

- |                                    |  |   |  |  |  |
|------------------------------------|--|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Cinza/灰白色 | <input type="checkbox"/> Marrom/茶色       | <input type="checkbox"/> Preto/黒色                           | <input type="checkbox"/> Sangue nas fezes/血便 | <input type="checkbox"/> Fezes líquidas/水様 | <input type="checkbox"/> Fezes amolecidas/軟便 |
| <input type="checkbox"/> Normal/普通 | <input type="checkbox"/> Fezes duras/硬い便 | *Número de evacuações por dia/一日の排便回数 : _____ vezes/dia/回/日 |  |  |  |

**Perguntas sobre os seus sintomas**  
/症状についてご質問します。

**Favor assinalar com um círculo onde tem os sintomas**  
/症状のある部分に○を付けて下さい。



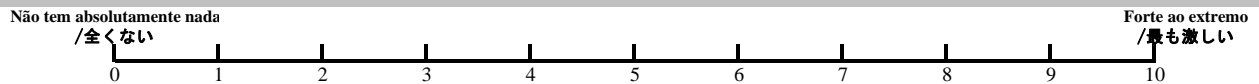
**Quando estes sintomas aparecem?**  
/症状はどのようなときに現れますか。

- |   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Manhã/朝            | <input type="checkbox"/> Tarde/昼       | <input type="checkbox"/> Final da tarde/夕方 | <input type="checkbox"/> Ao se levantar/起床時 |
| <input type="checkbox"/> Durante o sono/就寝中 | <input type="checkbox"/> Irregular/不定期 | <input type="checkbox"/> 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
- Os sintomas aparecem e desaparecem /症状が出たり消えたりしている
- Estão piorando cada vez mais/徐々にひどくなっている
- Outras/その他 :

**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、どのぐらいですか? 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? \*inclui vitaminas, energéticos e suplementos.**  
/現在、飲んでる薬はありますか? ※ビタミン、栄養剤、サプリメントも含まれます。

- 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			③		
②			④		

**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"/> Atualmente está em tratamento/現在治療中 <input type="checkbox"/> Interrompeu o tratamento/治療中断 <input type="checkbox"/> Não tratado/未治療	
	<input type="checkbox"/> Tratado/治癒 <input type="checkbox"/> Atualmente está em tratamento/現在治療中 <input type="checkbox"/> Interrompeu o tratamento/治療中断 <input type="checkbox"/> Não tratado/未治療	
	<input type="checkbox"/> Tratado/治癒 <input type="checkbox"/> Atualmente está em tratamento/現在治療中 <input type="checkbox"/> Interrompeu o tratamento/治療中断 <input type="checkbox"/> Não tratado/未治療	
	<input type="checkbox"/> Tratado/治癒 <input type="checkbox"/> Atualmente está em tratamento/現在治療中 <input type="checkbox"/> Interrompeu o tratamento/治療中断 <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 /月経困難症 c. infertilidade/不妊症 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ください。
- 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 :