



患者氏名 :  
患者ID :

Português/ポルトガル語

<b>●Qual o motivo pelo qual escolheu este hospital?</b> /当院を選んだ理由を教えてください。	
<b>●É a primeira vez que se consulta neste hospital?</b> /当院の受診は初めてですか。	<input type="checkbox"/> Não/いいえ <input type="checkbox"/> Sim/はい
<b>●Tem carta de apresentação?</b> /紹介状はありますか。	<input type="checkbox"/> Não/なし <input type="checkbox"/> Sim/あり Instituição médica que fez a apresentação /紹介元医療機関 ( )
<b>●Fez reserva para a consulta?</b> /予約はしていますか。	<input type="checkbox"/> Não/なし <input type="checkbox"/> Sim/あり
<b>Tipo de seguro (de saúde)/保険の種類</b>	
<input type="checkbox"/> Seguro do Japão/日本の保険 ( <input type="checkbox"/> Público/公的保険 <input type="checkbox"/> Particular/プライベート保険) <input type="checkbox"/> Seguro do exterior/海外の保険 (Nome da seguradora/保険会社名: )	
<b>*Por favor, apresente o cartão de seguro de saúde ou outros documentos de saúde relacionados, caso os tenha</b> /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。	
<input type="checkbox"/> Não estou inscrito em nenhum seguro/保険に加入していない	
<b>Especialidade médica que gostaria de fazer a consulta/希望される診療科</b>	
<input type="checkbox"/> Clínica Médica/内科 <input type="checkbox"/> Medicina psicossomática/心療内科 <input type="checkbox"/> Neurologia/神経内科 <input type="checkbox"/> Pneumologia/呼吸器科 <input type="checkbox"/> Gastroenterologia/消化器科 <input type="checkbox"/> Cardiologia/循環器科 <input type="checkbox"/> Nefrologia/腎臓内科 <input type="checkbox"/> Pediatria/小児科 <input type="checkbox"/> Clínica Cirúrgica/外科 <input type="checkbox"/> Ortopedia/整形外科 <input type="checkbox"/> Neurocirurgia/脳神経外科 <input type="checkbox"/> Pneumologia cirúrgica/呼吸器外科 <input type="checkbox"/> Cirurgia Cardiovascular/心臓血管外科 <input type="checkbox"/> Dermatologia/皮膚科 <input type="checkbox"/> Urologia/泌尿器科 <input type="checkbox"/> Ginecologia e Obstetrícia/産婦人科 <input type="checkbox"/> Oftalmologia/眼科 <input type="checkbox"/> Otorrinolaringologia/耳鼻科 <input type="checkbox"/> Odontologia/歯科 <input type="checkbox"/> 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。