

患者氏名：
患者ID：

Português/ポルトガル語

Formulário sobre a anestesia/麻醉 問診票

Nome do(a) paciente /患者氏名								
Data de nascimento /生年月日	Ano/年	Mês/月	Dia/日	Idade/年齢	anos/歳	Sexo /性別	<input type="checkbox"/> M/男	<input type="checkbox"/> F/女

Para realizar a anestesia, vamos averiguar o seu estado geral. Favor responder as perguntas abaixo, na medida do seu conhecimento.
/麻醉を行うにあたり、貴方のお体の状態を確認いたします。お分かりになる範囲で結構ですので、以下の質問にお答えください。

Favor assinalar o item correspondente./あてはまるものにチェックしてください。

1. Você já recebeu até agora, alguma anestesia para cirurgia ou tratamento?

/今までに手術・処置などで麻酔を受けたことがありますか。

- Não/いいえ
 Sim/はい

nome da cirurgia • tratamento/手術・処置名: _____

2. Atualmente está fazendo algum tratamento, ou no passado fez tratamento de alguma doença?

/現在治療を受けている、あるいは過去に治療を受けた病気がありますか。

- Não/いいえ
 Sim/はい

Quem respondeu “Sim”, favor assinalar o nome da doença abaixo descrito.

/「はい」と答えた方は該当の病名を下記から選んでください。

Hipertensão arterial/高血圧

Diabetes mellitus/糖尿病

Hiperlipidemia/高脂血症

Doenças cardíacas/心臓の病気

Quem assinalou “Sim” , favor assinalar o nome da doença abaixo descrito.

/「はい」にした方は該当の病名を下記から選んでください。

- Angina do peito • infarto do miocárdio/狭心症 • 心筋梗塞
 Valvulopatia cardíaca/心臓弁膜症
 Insuficiência cardíaca/心不全
 Outras doenças cardíacas/その他の心臓病:

Doenças do pulmão • do sistema respiratório/肺 • 呼吸器の病気

Quem assinalou “Sim” , favor assinalar o nome da doença abaixo descrito.

/「はい」にした方は該当の病名を下記から選んでください。

- Asma/喘息 Enfisema pulmonar/肺気腫
 Outras doenças do pulmão • do sistema respiratório/その他の肺 • 呼吸器の病気:

Doenças hepáticas/肝臓の病気

Quem respondeu “Sim”, favor assinalar o nome da doença abaixo descrito.

/「はい」にした方は該当の病名を下記から選んでください。

- Hepatite viral (tipo A • B • C) /ウイルス性肝炎 (A • B • C)
 Cirrose hepática/肝硬変
 Outras doenças do fígado/その他の肝臓の病気:

Doenças renais/腎臓の病気

Quem respondeu “Sim”, favor assinalar o nome da doença abaixo descrito.

/「はい」にした方は該当の病名を下記から選んでください。

- Nefropatia diabética/糖尿病性腎症 Síndrome nefrótica/ネフローゼ症候群
 Nefrite glomerular/糸球体腎炎
 Outras doenças renais/その他の腎臓の病気:

Doenças cerebrais/脳の病気

Quem respondeu “Sim”, favor assinalar o nome da doença abaixo descrito.

患者氏名：
患者ID：

/「はい」に☑した方は該当の病名を下記から選んでください。

- Hemorragia cerebral · infarto cerebral/脳出血・脳梗塞
- Convulsão · epilepsia/□痙攣・てんかん
- Outras doenças cerebrais/その他の脳の病気：

Doenças gástricas/胃腸の病気

Quem responde “Sim”, favor assinalar o nome da doença abaixo descrito.

/「はい」に☑した方は該当の病名を下記から選んでください。

- Gastrite crônica/慢性胃炎
- Outras doenças gastrointestinais/その他の胃腸の病気：

Doenças oftalmológicas/眼の病気

Quem respondeu “Sim”, favor assinalar o nome da doença abaixo descrito.

/「はい」に☑した方は該当の病名を下記から選んでください。

- Glaucoma (Anormalidade da pressão ocular) /緑内障 (眼圧の異常)
- Catarata/白内障
- Outras doenças oftalmológicas/その他の眼の病気：

Doenças osteomusculares/骨や筋肉の病気

Quem respondeu “Sim”, favor assinalar o nome da doença abaixo descrita.

/「はい」に☑した方は該当の病名を下記から選んでください。

- Artrite reumatoide/関節リウマチ
- Osteoporose/骨粗鬆症
- Hérnia de disco/椎間板ヘルニア
- Outras doenças osteomusculares/その他の骨や筋肉の病気：

Outras/その他：

3. Está tomando algum suplemento?/薬やサプリメントを飲んで 있습니까。

- Não/いいえ
- Sim/はい

Nome do medicamento/薬品名：

4. Teve urticária ou dificuldade respiratória com algum medicamento ou alimento?

/薬や食物でじんましんが出たことや、息が苦しくなったことはありますか。

- Não/いいえ
- Sim/はい

Nome do medicamento/薬品名：

Alimento/食べ物：

Outros/その他：

5. Bebe bebida alcoólica?/お酒を飲みますか。

- Não/いいえ
- Sim/はい

Cerveja/ビール： /dia/日

Saquê/日本酒： /dia/日

Uísque/ウイスキー： /dia/日

Vinho/ワイン： /dia/日

Outras/その他：

6. Fuma?/煙草を吸いますか。

- Não/いいえ
- Sim/はい

Desde anos/歳から Até anos/歳まで cigarros/本/dia/日

7. Usa dentadura, coroa ou tem dente móvel?/入れ歯、差し歯、ぐらぐらしている歯はありますか。

- Não/いいえ
- Sim/はい

8. Consegue subir um andar de escadas (sem usar elevador ou escadas rolantes)?

/一つ上の階まで、階段を歩いてのぼれますか。

- Não/いいえ
- Sim/はい

患者氏名：
患者ID：

Português/ポルトガル語

9. Tem dificuldade de parar de sangrar ou tem facilidade de ter hemorragia?

/血が止まりにくい、血が出やすいことはありますか。

- Não/いいえ
 Sim/はい

10. Alguém da família (consanguíneo) teve problemas ao se submeter à cirurgia ou anestesia?

/ご家族(血縁)の中で、手術・麻酔を受けた時に問題があった方はいますか。

- Não/いいえ
 Sim/はい

11. (Apenas para as mulheres) Tem possibilidade de estar grávida?

/(女性の方のみ)妊娠している可能性はありますか。

- Não/いいえ
 Sim/はい

→ Quem respondeu “Sim” , favor escrever abaixo, o número de semanas da gestação

/「はい」 をした方は、以下に妊娠の週数を書いて下さい

Semanas/週

Favor comunicar aos funcionários se tiver alguma dúvida ou preocupação em relação à anestesia.

/麻酔に関して、ご質問、心配なこと、希望がありましたら、スタッフまでお伝えください。