

## Questionário de Pediatria/小児科 問診票

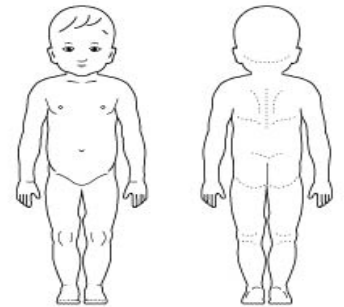
<b>Nome do(a) paciente /患者氏名</b>				<b>Para ser preenchido pela instituição hospitalar /医療機関記入欄</b>	BT=	℃
<b>Data de nascimento (em ano ocidental) /生年月日 (西暦)</b>	Ano/年	mês/月	dia/日		PR=	/分
	( Idade: anos/歳)				BP=	mmHg
<b>Estatura · peso/身長 · 体重</b>	cm		kg		RR=	/分
					sexo/性別	<input type="checkbox"/>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

**\*A pessoa que tem a Caderneta de Saúde Materno-infantil e a Caderneta de Medicamentos, favor apresentá-las /母子健康手帳、お薬手帳をお持ちの方は、ご用意ください。**

**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"/> Febre/熱  | <input type="checkbox"/> Dor/痛み                                | <input type="checkbox"/> Tosse/咳                          | <input type="checkbox"/> Coriza/鼻汁                  |
| <input type="checkbox"/> Obstrução nasal /鼻づまり  | <input type="checkbox"/> Vômito/嘔吐                             | <input type="checkbox"/> Diarreia/下痢                      | <input type="checkbox"/> Náusea/吐き気                 |
| <input type="checkbox"/> Sangue nas fezes /血便   | <input type="checkbox"/> Urticária /じんましん                      | <input type="checkbox"/> Eczema/湿疹                        | <input type="checkbox"/> Equimose, mancha, marca/あざ |
| <input type="checkbox"/> Tumoração/できもの   | <input type="checkbox"/> Erupção cutânea /発疹                   | <input type="checkbox"/> Ressecamento de pele /皮膚の乾燥      | <input type="checkbox"/> Eczema atópica /アトピー       |
| <input type="checkbox"/> Mal humorado /機嫌がわるい   | <input type="checkbox"/> Não tem apetite /食欲がない                | <input type="checkbox"/> Não toma leite /ミルクを飲まない         | <input type="checkbox"/> Convulsão /けいれん            |
| <input type="checkbox"/> Convulsão/けいれん   | <input type="checkbox"/> Perda de consciência /意識がなくなる         | <input type="checkbox"/> Dor de ouvido/耳痛                 |   |
| <input type="checkbox"/> Consulta sobre desenvolvimento/発達相談  | <input type="checkbox"/> Consulta sobre criação de filhos/育児相談 | <input type="checkbox"/> Consulta sobre alergia /アレルギーの相談 | <input type="checkbox"/> Vacinação /ワクチン接種          |
| <input type="checkbox"/> Foi orientado por outra instituição médica (inclui check-up médico) para se consultar /他の医療機関(健診施設含む)で受診を勧められた |  |   |   |
| <input type="checkbox"/> Other(s)/その他:  |  |   |   |

**Circle the place where you are experiencing the symptom. /症状のある部分に○を付けて下さい。**



**\*Quem assinalou  que “foi orientado para se consultar”, favor assinalar com  os itens correspondentes /「健診で受診を勧められた」にされた方は、当てはまるものをしてください。**

- |   |  |   |   |   |
|---|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Anormalidade no eletrocardiograma /心電図異常 | <input type="checkbox"/> Baixa estatura /低身長 | <input type="checkbox"/> Falta de ganho de peso /体重増加不良 | <input type="checkbox"/> Anormalidade no exame de urina/尿検査異常 | <input type="checkbox"/> Atraso na fala /言葉のおくれ |
| <input type="checkbox"/> Other(s)/その他:                            |  |   |   |   |

**Have any diseases been spreading in his/her school, nursery or in the family? /学校や保育所、家族内で流行している病気はありますか。**

- Não tem/なし     Tem/あり    → Quem assinalou  em “Sim”, favor assinalar com  nas doenças que estão acontecendo /「あり」にされた方は、どの病気が流行しているか、してください。
- |  |   |  |   |   |   |
|--|---|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Catapora /みずぼうそう    | <input type="checkbox"/> Caxumba /おたふくかぜ    | <input type="checkbox"/> Infecção por Estreptococcus /溶連菌感染症 | <input type="checkbox"/> Infecção por Adenovírus/アデノウイルス感染症 | <input type="checkbox"/> Eritema infeccioso /りんご病 | <input type="checkbox"/> Doença da Mão Pé e Boca/手足口病 |
| <input type="checkbox"/> Herpangina /ヘルパンギーナ | <input type="checkbox"/> Influenza /インフルエンザ | <input type="checkbox"/> Gastroenterite infecciosa /感染性胃腸炎   | <input type="checkbox"/> Outros/その他:                        |   |   |

**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、飲んでいる薬はありますか? ※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			④		
②			⑤		
③			⑥		

Favor descrever sobre o momento do nascimento. \*Quem tiver a Caderneta de Saúde Materno-infantil, favor apresentá-la para o(a) funcionário(a).  
/生まれた時のことを、お書きください ※母子健康手帳をお持ちの方は、手帳をスタッフに渡してください。

Teve alguma anormalidade no momento do parto?  
/分娩時に異常がありましたか。

- Não/いいえ  Sim/はい  Não sabe/わからない

→Quem assinalou  em “Sim”, favor escrever que tipo de anormalidade apresentou  
/「はい」に☑された方は、どのような異常があったか書いてください。

- Posição pélvica/骨盤位  Cordão nucal/臍帯巻絡  Parto cesárea/帝王切開  Asfixia neonatal/新生児仮死

#### Ao nascer/出生時

Nasceu com /出生時週数 : \_\_\_\_\_ semanas/週 \_\_\_\_\_ dias/日      Peso/体重 : \_\_\_\_\_ g

Estatura/身長 : \_\_\_\_\_ cm      Perímetro cefálico/頭囲 : \_\_\_\_\_ cm      Perímetro torácico/胸囲 : \_\_\_\_\_ cm

Antes de vir a este hospital, foi a algum outro hospital?  
/当院に来るまでに、ほかの病院にかかられましたか。

- Não/いいえ  Sim/はい →Quem assinalou  em “Sim”, favor escrever o nome da instituição médica onde fez o tratamento  
/「はい」に☑した人は、治療していた医療機関名を書いてください。

	Data da consulta médica / 受診日	Nome da instituição médica / 医療機関名	Sobre a prescrição / 処方の有無
①			<input type="checkbox"/> Tem/あり <input type="checkbox"/> Não tem/なし
②			<input type="checkbox"/> Tem/あり <input type="checkbox"/> Não tem/なし

Atualmente está fazendo tratamento, ou no passado fez tratamento de alguma doença?  
/現在、治療中、または過去の病気があればお書きください。

- Não/いいえ  Sim/はい →Quem assinalou  em “Sim”, favor escrever o nome da instituição médica onde fez o tratamento  
/「はい」に☑した人は、治療していた医療機関名を書いてください。

	Nome da doença / 疾患名	Evolução do tratamento / 治療経過	Nome da instituição médica / 医療機関名
①		<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	
②		<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	

Sobre as refeições atuais.  
/現在の食事の形態を教えてください。

- Mama na mamadeira/哺乳  Nutrição por leite materno/母乳栄養 \_\_\_\_\_ ml/dia/ml/日  Nutrição mista/混合栄養 \_\_\_\_\_ vezes/dia/回/日  Nutrição artificial/人工栄養
- Papinha/離乳食  Período inicial/初期  Período intermediário/中期  Período final/後期
- \*Número de refeições/食事回数  Uma vez/1回  Duas vezes/2回  Três vezes/3回
- Leite de complementação/フォローアップミルク \_\_\_\_\_ ml/dia/ml/日 \_\_\_\_\_ vezes/dia/回/日
- Alimentos sólidos/固形食  Uma vez/1回  Duas vezes/2回  Três vezes/3回

Sobre o histórico de vacinação. Quem tiver a Caderneta de Saúde Materno-infantil ou a Caderneta de Vacinação, favor apresentá-la para o(a) funcionário(a).  
/ワクチン接種歴を下記に書いてください。母子手帳、ワクチン手帳をお持ちの方は、スタッフに見せてください。

- Hib/Hib \_\_\_\_\_ vezes/回  Rotavírus/ロタ \_\_\_\_\_ vezes/回  Vacina contra pneumococo/肺炎球菌 \_\_\_\_\_ vezes/回
- Caxumba/おたふくかぜ \_\_\_\_\_ vezes/回  Vacina tetravalente (DPT - Pólio inativada)/4種混合 (DPT-IPV) \_\_\_\_\_ vezes/回  Vacina tríplice(DPT)/3種混合(DPT) \_\_\_\_\_ vezes/回
- Hepatite tipo B/B型肝炎 \_\_\_\_\_ vezes/回  Pólio oral/経口ポリオ \_\_\_\_\_ vezes/回  Pólio inativada/不活化ポリオ \_\_\_\_\_ vezes/回
- BCG/BCG \_\_\_\_\_ vezes/回  Hepatite tipo A/A型肝炎 \_\_\_\_\_ vezes/回  MR/MR \_\_\_\_\_ vezes/回
- Sarampo/麻疹 \_\_\_\_\_ vezes/回  Catapora/水痘 \_\_\_\_\_ vezes/回  Rubéola/風疹 \_\_\_\_\_ vezes/回
- Encefalite Japonesa/日本脳炎 \_\_\_\_\_ vezes/回  MMR/MMR \_\_\_\_\_ vezes/回  Outras vacinas/その他のワクチン : \_\_\_\_\_ vezes/回

Caso tenha alguma solicitação relacionada à consulta, favor assinalar com   
/診察でのあなた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 :