

Questionário de Psiquiatria/精神科 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= PR= BP= RR= SPO2=	°C /分 mmHg /分 %
Data de nascimento (em ano ocidental) /生年月日 (西暦)	Ano/年 mês/月 dia/日 (Idade: anos/歳)			
Estatura · peso/身長 · 体重	cm kg	sexo/性別	<input type="checkbox"/> Homem/男性	<input type="checkbox"/> Mulher/女性
Tem alergia a /アレルギーの有無	<input type="checkbox"/> Alimentos/食べ物: <input type="checkbox"/> Medicamentos/薬:			

Qual é o sintoma que você apresenta hoje?(Quem tem vários sintomas, favor assinalar os quadrados correspondentes)
/今日どのような症状がありますか。(複数ある方は複数してください。)

- | | | | | | |
|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Insônia/不眠 | <input type="checkbox"/> Ansiedade/不安 | <input type="checkbox"/> Fica tenso/緊張する | <input type="checkbox"/> Tem baixa no humor,
fica deprimido/気分が
減入る | <input type="checkbox"/> Não tem ânimo para
fazer as coisas
/やる気が出ない | <input type="checkbox"/> Baixa concentração
/集中力低下 |
| <input type="checkbox"/> Problemas familiares
/家庭の悩み | <input type="checkbox"/> Problemas no trabalho/
職場の悩み | <input type="checkbox"/> Problemas na escola
/学校の悩み | <input type="checkbox"/> Anormalidade no
apetite/食欲異常 | <input type="checkbox"/> Tem medo de
pessoas/人が怖い | <input type="checkbox"/> Alucinação auditiva –
幻聴・幻覚 |
| <input type="checkbox"/> Tem vontade de morrer
/死にたくなる | <input type="checkbox"/> Tem sintomas físicos/
身体の症状がある | <input type="checkbox"/> Palpitação/動悸 | <input type="checkbox"/> Dificuldade respirató
ria/息苦しさ | <input type="checkbox"/> Suor nas mãos
/手に汗をかく | <input type="checkbox"/> Movimento involuntário
do corpo
/身体が勝手に動く |
| <input type="checkbox"/> Perda de peso
/体重が減る | <input type="checkbox"/> O corpo não se move
/身体がうごかない | <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"/> 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。

- | | |
|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Contínuo/絶え間なく、続いている | <input type="checkbox"/> Os sintomas aparecem e desaparecem /症状が出たり消えたりしている |
| <input type="checkbox"/> Estão piorando cada vez mais/徐々にひどくなっている | <input type="checkbox"/> Outras/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

Tais sintomas estão melhorando?
/現在、その症状はよくなっていますか。

- | | |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Está melhorando/よくなってきている | <input type="checkbox"/> Está piorando/悪くなってきている |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------|

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。

- | | | |
|----------------------------------|---------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Não/いいえ | <input type="checkbox"/> 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"/> 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. dismenorrea /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 _____/dia/日	<input type="checkbox"/> Uísque/ウイスキー _____/dia/日
<input type="checkbox"/> Saquê/日本酒 _____/dia/日	<input type="checkbox"/> Vinho/ワイン _____/dia/日
<input type="checkbox"/> Outras/その他 _____/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 :