

## Questionário de Oftalmologia/眼科 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:			

Em que parte tem os sintomas para a consulta de hoje?  
/今日は何の部位の症状でこられましたか。

- Olho direito/右眼     Olho esquerdo  
/左眼     Ambos os olhos/両眼     Ao redor dos olhos  
/眼の周囲     Pálpebras/瞼

Quais os seus sintomas?(Quem tem vários sintomas, favor assinalar os quadrados  correspondentes)  
/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。)

- Dificuldade visual  
(dificuldade para enxergar)/見えにくい     Secreção dos olhos  
(remela)/目やに     Coceira  
/かゆみ     Inchaço  
/腫れ     Dor dos olhos  
/眼の痛み     Os olhos ressecam  
/眼が乾燥する
- Sensação de corpo  
estranho nos olhos  
/眼の異物感     Visão dupla  
/物が二重に見える     Enxerga as coisas  
distorcidas  
/物が歪んで見える     Ofuscante  
/まぶしい     Lacrimeja  
/涙が出る     Não enxerga parte da visã  
o.  
/視界が欠けて見える
- Enxerga pontos  
pretos  
/黒い点が見える     Tumoração  
/できもの     Congestão dos olhos  
/充血     Enxerga pontos brilhantes/視野に  
ギラギラした光が見える
- Entrou alguma coisa nos olhos  
/眼の中に何かが入った    Escreva por favor, o que entrou nos seus olhos  
/眼の中に入ったものを書いてください:
- 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
- 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			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 :