

Questionário de Ginecologia e Obstetrícia/産婦人科 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=	℃
Data de nascimento (em ano ocidental) /生年月日 (西暦)	Ano/年 mês/月 dia/日 (Idade: anos/歳)		PR=	/分
Estatura · peso/身長 · 体重	cm kg		BP=	mmHg
Tem alergia a /アレルギーの有無	☐ Alimentos/食べ物: ☐ Medicamentos/薬:		RR=	/分
			SPO2=	%

Qual é o sintoma que você apresenta hoje?(Quem tem vários sintomas, favor assinalar os quadrados ☒ correspondentes)
/今日は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。)

- ☐ Gravidez
/妊娠
- ☐ Anormalidade menstrual
/月経異常
- ☐ Cólica menstrual
/月経痛
- ☐ Corrimento
/おりもの
- ☐ Sangramento anormal
/不正出血
- ☐ Dor ao urinar
/排尿時痛
- ☐ Dificuldade urinária
/尿がでにくい
- ☐ Tem sangue na urina
/尿に血が混じる
- ☐ Tem pus na urina
/尿に膿が混じる
- ☐ Caroço no períneo
/会陰部にできもの
- ☐ Tem inchaço avermelhado
/赤く腫れている
- ☐ Tem dor
/痛みがある
- ☐ Coceira
/かゆみ
- ☐ Incontinência urinária/尿失禁
- ☐ Incontinência fecal
/便失禁
- ☐ Prolapso uterino
/子宮脱
- ☐ Consulta sobre infertilidade
/不妊の相談
- ☐ Vômito/嘔吐
- ☐ Náusea/嘔気
- ☐ Exame de prevenção de câncer/がん健診
- ☐ 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 :

Perguntas sobre a menstruação
/月経についてお伺いします。

- ☐ Com que idade começou a menstruar?/月経がはじまったのはいつですか。 idade/年齢 ____ anos/歳ごろ
- ☐ Com que idade parou de menstruar?/月経が終わったのはいつですか。 idade/年齢 ____ anos/歳ごろ
- ☐ O seu ciclo menstrual é de quantos dias?/月経周期は何日ですか。 ____ dias/日型 ☐ Irregular e não ordenado
/不定期で不順
- ☐ O seu fluxo menstrual dura em média quantos dias?/平均月経持続日数は何日ですか。 ____ dias/日間
- ☐ Qual o volume menstrual?/月経の量はどのぐらいですか。 ☐ Pouco/少ない ☐ Normal/普通 ☐ Muito/多い
- ☐ Tem cólica menstrual?/月経痛はありますか。 ☐ Não/いいえ ☐ Sim/はい

→Quem respondeu “Sim” e faz uso de analgésicos, favor escrever o nome do analgésico
/「はい」と答えた方で鎮痛剤を使用されている方は、鎮痛剤も書いてください。

- ☐ Qual é a data da sua última menstruação?/最終月経はいつですか。 Ano/年 Mês/月 Dia/日

Tem experiência sexual?
/今までに性交渉の経験がありますか。

- ☐ Não/いいえ ☐ Sim/はい

Já fez alguma vez, exame de prevenção de câncer do útero?
/子宮がん検診を受けたことがありますか。

- ☐ Não/いいえ ☐ Sim/はい *Quem já fez, favor escrever a data/受けたことがある方は日付を書いてください

Ano/年 Mês/月 Dia/日

Já tomou alguma vez, pílula anticoncepcional?
/ピル (避妊薬) を飲んでいたことがありますか。

- ☐ Não/いいえ ☐ Sim/はい

Está grávida ou há a possibilidade de estar grávida?
/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 (____ semanas/週) ☐ Não sabe/わからない

Sobre o histórico de gravidez: * Caso tenha a(s) Caderneta(s) de Saúde Materno-infantil da(s) gestação(ões) anterior(es), favor apresentar.
/妊娠歴についてお伺いします※過去の妊娠の時の母子手帳をお持ちの方は母子手帳を用意してください。

- ☐ Nunca engravidou/妊娠したことがない
- ☐ Já engravidou alguma vez/妊娠したことがある
- Quem assinalou ☒ que “já engravidou alguma vez”, favor escrever o histórico das gestações abaixo. / 「妊娠したことがある」に☑された方は下の妊娠歴をお書きください。

	Ano/年 mês/月 dia/日	parto(s)/分娩	aborto(s) /流産の有無	gestação(ões) anormal(ais) /異常妊娠の有無	Número de semanas /週数
Primeira gestação /1人目	Ano/年 mês/月 dia/日	☐ Parto vaginal/経産分娩 ☐ Parto cesarina/帝王切開	☐ Aborto espontâneo /自然流産 ☐ Aborto induzido /人工流産	☐ Tem/あり ☐ Não tem/なし	____ semanas/週
Segunda gestação /2人目	Ano/年 mês/月 dia/日	☐ Parto vaginal/経産分娩 ☐ Parto cesarina/帝王切開	☐ Aborto espontâneo /自然流産 ☐ Aborto induzido /人工流産	☐ Tem/あり ☐ Não tem/なし	____ semanas/週
Terceira gestação /3人目	Ano/年 mês/月 dia/日	☐ Parto vaginal/経産分娩 ☐ Parto cesarina/帝王切開	☐ Aborto espontâneo /自然流産 ☐ Aborto induzido /人工流産	☐ Tem/あり ☐ Não tem/なし	____ semanas/週
Quarta gestação /4人目	Ano/年 mês/月 dia/日	☐ Parto vaginal/経産分娩 ☐ Parto cesarina/帝王切開	☐ Aborto espontâneo /自然流産 ☐ Aborto induzido /人工流産	☐ Tem/あり ☐ Não tem/なし	____ semanas/週
Quinta gestação /5人目	Ano/年 mês/月 dia/日	☐ Parto vaginal/経産分娩 ☐ Parto cesarina/帝王切開	☐ Aborto espontâneo /自然流産 ☐ Aborto induzido /人工流産	☐ Tem/あり ☐ Não tem/なし	____ semanas/週

No passado, teve alguma anormalidade durante a gestação ou parto?
/過去に妊娠中・分娩時などの異常はありましたか。

- ☐ Não /いいえ
- ☐ Sim /はい
- Quem assinalou ☒ no “Sim”, favor assinalar ☒ o item que correpondente.
/「はい」に☑された方は、下の項目で当てはまるものに、☑してください。
- ☐ Hipertensão arterial /高血圧
- ☐ Diabetes/糖尿病
- ☐ Inchaço/むくみ
- ☐ Iminência de parto prematuro/切迫早産
- ☐ Foi difícil deter a hemorragia /出血が止まりにくかった
- ☐ Convulsão /けいれん
- ☐ Outros/その他：

A gestante pretende ter o parto neste hospital?
/妊娠の方は当院での出産を希望されますか。

- ☐ Não/いいえ
- ☐ Sim/はい

Quais as características destes sintomas?
/症状はどのような性質を持っていますか。

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

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			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
	☐ Tratado/治療 ☐ Interrompeu o tratamento/治療中断	☐ Atualmente está em tratamento/現在治療中 ☐ Não tratado/未治療
	☐ Tratado/治療 ☐ Interrompeu o tratamento/治療中断	☐ Atualmente está em tratamento/現在治療中 ☐ Não tratado/未治療
	☐ Tratado/治療 ☐ Interrompeu o tratamento/治療中断	☐ Atualmente está em tratamento/現在治療中 ☐ Não tratado/未治療
	☐ Tratado/治療 ☐ Interrompeu o tratamento/治療中断	☐ Atualmente está em tratamento/現在治療中 ☐ 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。

☐ Cerveja/ビール	_____/dia/日	☐ Uísque/ウイスキー	_____/dia/日
☐ Saquê/日本酒	_____/dia/日	☐ Vinho/ワイン	_____/dia/日
☐ 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：