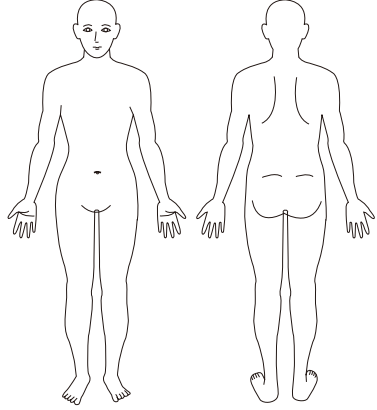


Marque com os itens correspondentes abaixo. あてはまるものにチェックしてください

ano ^{ねん}年 mês ^{がつ}月 dia ^{にち}日

nome ^{なまえ} 名前			<input type="checkbox"/> homem ^{おとこ} 男	<input type="checkbox"/> mulher ^{おんな} 女
data de nascimento ^{せいねんがっぴ} 生年月日	_____ ano ^{ねん} 年	_____ mês ^{がつ} 月	_____ dia ^{にち} 日	telefone ^{でんわ} 電話
endereço ^{じゅうしょ} 住所				
Você tem seguro de saúde? ^{けんこうほけん} 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> sim ^{はい} はい		<input type="checkbox"/> não ^{いいえ} いいえ	
nacionalidade ^{こくせき} 国籍		idioma ^{ことば} 言葉		

Qual é o seu problema? ^{どうしましたか} どうしましたか	 <p>Circule os locais onde apresenta os sintomas. ^{しょうじょう}症状のあるところに丸をしてください</p>
<input type="checkbox"/> febre(^{ねつ} grau °C) 熱がある <input type="checkbox"/> dor ^{いた} 痛い <input type="checkbox"/> coceira ^{かゆい} かゆい <input type="checkbox"/> queimadura ^{やけど} やけど <input type="checkbox"/> erupção ^{ほっ} 発しん <input type="checkbox"/> eczema ^{しっ} 湿しん <input type="checkbox"/> equimose(mancha) ^{あざ} あざ <input type="checkbox"/> pinta ^{ほくろ} ほくろ <input type="checkbox"/> mancha ^{しみ} しみ <input type="checkbox"/> pé-de-atleta ^{みずむし} 水虫 <input type="checkbox"/> está úmido (secreção ou pus) ^{じくじく} じくじくしている <input type="checkbox"/> outros ^た その他	
Desde quando? ^{それはいつからですか} それはいつからですか	
_____ ano ^{ねん} 年 _____ mês ^{がつ} 月 _____ dia ^{にち} 日 から	
Há mudança nos sintomas? ^{しょうじょう へんか} その症状は変化していますか	
<input type="checkbox"/> sim ^{はい} はい <input type="checkbox"/> não ^{いいえ} いいえ	
Tem reação alérgica a remédio ou alimentos? ^{くすり た もの} 薬や食べ物でアレルギーが出ますか	
<input type="checkbox"/> sim ^{はい} はい → <input type="checkbox"/> remédio ^{くすり} 薬 <input type="checkbox"/> comida ^{た もの} 食べ物 <input type="checkbox"/> outros ^た その他 <input type="checkbox"/> não ^{いいえ} いいえ	
Atualmente está tomando algum remédio? ^{げんざいの くすり} 現在飲んでいる薬はありますか	
<input type="checkbox"/> sim ^{はい} はい → Se tiver favor mostrar. ^も 持っていれば見せてください <input type="checkbox"/> não ^{いいえ} いいえ	
Está grávida ou existe a possibilidade de estar grávida? ^{にんしん} 妊娠していますか、またその可能性はありますか	
<input type="checkbox"/> sim ^{はい} はい → _____ meses ^{かげつ} ケ月 <input type="checkbox"/> não ^{いいえ} いいえ	
Está amamentando? ^{じゅうちゅう} 授乳中ですか	<input type="checkbox"/> sim ^{はい} はい <input type="checkbox"/> não ^{いいえ} いいえ
Já teve alguma doença até agora? ^{いま} 今までにかかった ^{びょうき} 病気はありますか	
<input type="checkbox"/> doença gastrointestinal ^{いちょう びょうき} 胃腸の病気 <input type="checkbox"/> doença do fígado ^{かんぞう びょうき} 肝臓の病気 <input type="checkbox"/> doença cardíaca ^{しんぞう びょうき} 心臓の病気 <input type="checkbox"/> doença renal ^{じんぞう びょうき} 腎臓の病気 <input type="checkbox"/> tuberculose ^{けっかく} 結核 <input type="checkbox"/> diabetes ^{とうりょうびょう} 糖尿病 <input type="checkbox"/> asma ^{ぜんそく} ぜんそく <input type="checkbox"/> hipertensão arterial ^{こうけつあつしやう} 高血圧症 <input type="checkbox"/> AIDS ^{エイズ} エイズ <input type="checkbox"/> doença da tireoide ^{こうじょうせん びょうき} 甲状腺の病気 <input type="checkbox"/> sífilis ^{はいどく} 梅毒 <input type="checkbox"/> outros ^た その他	
Atualmente está em tratamento de alguma doença? ^{げんざい ちりやう} 現在治療している ^{びょうき} 病気はありますか	<input type="checkbox"/> sim ^{はい} はい <input type="checkbox"/> não ^{いいえ} いいえ
Já fez alguma cirurgia? ^{しゆじゆつ う} 手術を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> sim ^{はい} はい <input type="checkbox"/> não ^{いいえ} いいえ
Teve algum problema com a anestesia? ^{ますい} 麻酔をして何か ^{なに} トラブルがありましたか	<input type="checkbox"/> sim ^{はい} はい <input type="checkbox"/> não ^{いいえ} いいえ
A partir de agora poderá trazer o tradutor por conta própria? ^{こんご つうやく} 今後、通訳を自分で ^{じぶん} 連れてくることができますか	
<input type="checkbox"/> sim ^{はい} はい <input type="checkbox"/> não ^{いいえ} いいえ	