

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 日にち 日

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

Qual é o seu problema? どうしましたか

<input type="checkbox"/> febre(grau °C) 熱がある <small>ねつ</small>	<input type="checkbox"/> dor de garganta のどが痛い <small>のどがいた</small>	<input type="checkbox"/> tosse せき	<input type="checkbox"/> dor de cabeça 頭が痛い <small>あたまがいた</small>
<input type="checkbox"/> dor no peito 胸が痛い <small>むねがいた</small>	<input type="checkbox"/> erupção cutânea 発疹 <small>ほっしん</small>	<input type="checkbox"/> palpitação 動悸 <small>どうき</small>	<input type="checkbox"/> falta de ar 息切れ <small>いきぎれ</small>
<input type="checkbox"/> inchaço むくみ	<input type="checkbox"/> vertigem めまい	<input type="checkbox"/> sensação de sufoco no peito 胸が苦しい <small>むねがくる</small>	
<input type="checkbox"/> dor de barriga お腹が痛い <small>なかがいた</small>	<input type="checkbox"/> dor no estômago 胃が痛い <small>い</small>	<input type="checkbox"/> hipertensão 高血圧 <small>こうけつあつ</small>	
<input type="checkbox"/> dormência, formigamento しびれ	<input type="checkbox"/> boca seca 口が渇く <small>くちかわ</small>	<input type="checkbox"/> perda de peso 体重が減っている <small>たいじゅうへ</small>	
<input type="checkbox"/> flatulência (aumento da circunferência abdominal) お腹が張る <small>なかがは</small>	<input type="checkbox"/> falta de apetite 食欲がない <small>しょくよく</small>	<input type="checkbox"/> vômito 嘔吐 <small>おうと</small>	
<input type="checkbox"/> náusea 吐き気 <small>はきげ</small>	<input type="checkbox"/> diarreia 下痢 <small>げり</small>	<input type="checkbox"/> sangue nas fezes 血便 <small>けつべん</small>	<input type="checkbox"/> cansaço だるい
<input type="checkbox"/> sinto cansaço facilmente 疲れやすい <small>つか</small>	<input type="checkbox"/> outros その他		

Desde quando? それはいつからですか

_____ ano 年 _____ mês 月 _____ dia 日 から

Tem reação alérgica a remédio ou alimentos? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか

sim はい → remédio 薬 くすり comida 食べ物 たもの outros その他 た não いいえ

Atualmente está tomando algum remédio? 現在飲んでいる薬はありますか

sim はい → Se tiver favor mostrar. 持っていれば見せてください も não いいえ

Está grávida ou existe 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 にんしん かのうせい

sim はい → _____ meses ヶ月 かげつ não いいえ

Está amamentando? 授乳中ですか じゆにゅうちゆう

sim はい não いいえ

Já teve alguma doença até agora? 今までにかかった病気はありますか いま びょうき

<input type="checkbox"/> doença gastrointestinal 胃腸の病気 <small>いちょうびょうき</small>	<input type="checkbox"/> doença do fígado 肝臓の病気 <small>かんぞうびょうき</small>	<input type="checkbox"/> doença cardíaca 心臓の病気 <small>しんぞうびょうき</small>
<input type="checkbox"/> doença renal 腎臓の病気 <small>じんぞうびょうき</small>	<input type="checkbox"/> tuberculose 結核 <small>けっかく</small>	<input type="checkbox"/> asma ぜんそく
<input type="checkbox"/> hipertensão arterial 高血圧症 <small>こうけつあつしやう</small>	<input type="checkbox"/> AIDS エイズ	<input type="checkbox"/> doença da tireoide 甲状腺の病気 <small>こうじょうせんびょうき</small>
<input type="checkbox"/> outros その他 <small>た</small>	<input type="checkbox"/> sífilis 梅毒 <small>はいどく</small>	

Atualmente está em tratamento de alguma doença? 現在治療している病気はありますか げんざいちりやう びょうき

sim はい não いいえ

Já fez alguma cirurgia? 手術を受けたことがありますか しゆじゆつ

sim はい não いいえ

Recebeu transfusão de sangue? 輸血を受けたことがありますか ゆけつ

sim はい não いいえ

A partir de agora poderá trazer o tradutor por conta própria? 今後、通訳を自分で連れてくることができますか こんご つうやく じぶん つ

sim はい não いいえ