

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 da criança 子どもの名前	<input type="checkbox"/> homem 男 <input type="checkbox"/> mulher 女
data de nascimento 生年月日	_____ ano 年 _____ mês 月 _____ dia 日
endereço 住所	telefone 電話
Você tem seguro de saúde? 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> sim はい <input type="checkbox"/> não いいえ
nacionalidade 国籍	idioma 言葉

Qual é o problema? どうしましたか

<input type="checkbox"/> febre(grau°C) 熱がある	<input type="checkbox"/> dor de garganta のどが痛い	<input type="checkbox"/> tosse せき	<input type="checkbox"/> convulsão ひきつけをおこす
<input type="checkbox"/> indisposição 元気がない	<input type="checkbox"/> mal humor 機嫌が悪い	<input type="checkbox"/> inchaço むくみ	<input type="checkbox"/> dor de cabeça 頭が痛い
<input type="checkbox"/> dor de barriga お腹が痛い	<input type="checkbox"/> dor no peito 胸が痛い	<input type="checkbox"/> erupção cutânea 発しん	<input type="checkbox"/> dor de estômago 胃が痛い
<input type="checkbox"/> vômito 嘔吐	<input type="checkbox"/> falta de apetite 食欲がない	<input type="checkbox"/> náusea 吐き気	
<input type="checkbox"/> ganho de peso insuficiente 体重の増加不良		<input type="checkbox"/> diarreia 下痢	<input type="checkbox"/> sangue nas fezes 血便
<input type="checkbox"/> não está tomando muito leite ミルクの飲みが悪い		<input type="checkbox"/> outros その他	

Desde quando? それはいつからですか desde _____ 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 ovo 卵 leite 牛乳 comida その他の食べ物 outros その他 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 não いいえ

Que tipo de remédio a criança consegue tomar? どんな種類の薬が飲めますか

xarope シロップ remédio em pó 粉薬 comprimido/cápsula 錠剤またはカプセル

Como foi o parto? 出産の時のようす

peso do bebê _____ g 赤ちゃんの体重 idade da mãe _____ 母親の年齢

parto normal 正常分娩 parto anormal 異常分娩 parto cesariano 帝王切開

Vacinas preventivas que já tomou 接種済み予防接種

Hib ヒブ Pneumocócica 肺炎球菌 Pólio ポリオ

DTV/IPV tetravalentes conjuntos 三種混合

DTP/IPV (contra Difteria, Tétano e Coqueluche/ Pólio Inativada) 四種混合 BCG BCG

MR (Vacina conjunta de Sarampo e Rubéola) 麻疹・風しん混合 Catapora 水ぼうそう caxumba おたふく風邪

Encefalite Japonesa 日本脳炎 Rotavírus ロタウィルス outros その他

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

<input type="checkbox"/> rubéola 風しん	<input type="checkbox"/> Catapora 水ぼうそう	<input type="checkbox"/> sarampo 麻疹	<input type="checkbox"/> asma ぜんそく
<input type="checkbox"/> caxumba おたふく風邪	<input type="checkbox"/> coqueluche 百日ぜき	<input type="checkbox"/> apendicite 虫垂炎	<input type="checkbox"/> doença de Kawasaki 川崎病
<input type="checkbox"/> exantema súbito 突発性発しん	<input type="checkbox"/> encefalite japonesa 日本脳炎	<input type="checkbox"/> convulsão febril 熱性けいれん	
<input type="checkbox"/> outros その他			

Atualmente está em tratamento de alguma doença? 現在治療している病気はありますか 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 sim はい não いいえ

Teve algum problema com a anestesia? 麻酔をして何かトラブルがありましたか 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

sim はい não いいえ