

Questionário clínico/問診票



Data de nascimento/ 生年月日 _____ ano/ 年 _____ mês/ 月 _____ dia/ 日 _____

Nome do paciente/ 氏名 _____ Idade/ 年齢 _____ anos/ 歳 _____

Peso/ 体重 _____ Kg _____

Sexo: Masculino / 男 ・ Feminino / 女 temperatura/ 体温 _____ °C _____

Como são estes sintomas?/ 今日はどこが悪くて受診されましたか？

- ① Tem febre/ 熱がある _____ mês/ 月 _____ dia/ 日から _____
- ② Tosse/ 咳がある _____ mês/ 月 _____ dia/ 日から _____
- ③ stridor/ ぜいぜいしている _____ mês/ 月 _____ dia/ 日から _____
- ④ muco nasal/ 鼻が出る _____ mês/ 月 _____ dia/ 日から _____
- ⑤ Vômitos/ 嘔吐している _____ mês/ 月 _____ dia/ 日から _____
- ⑥ Diarréia/ 下痢をしている _____ mês/ 月 _____ dia/ 日から _____
- ⑦ Tem dores/ 痛い (cabeça/ 頭 ・ estômago/ お腹 ・ garganta / 喉) _____
outro/ 他 _____ mês/ 月 _____ dia/ 日から _____
- ⑧ outro/ その他 _____

Falta de apetite/ 食欲がない _____ (Sim/ はい ・ Não/ いいえ)

Mau humor/ 機嫌が悪い _____ (Sim/ はい ・ Não/ いいえ)

Está tomando algum medicamento atualmente?/ 内服中の薬はありますか？

Está atualmente em tratamento de alguma doença?/ 何か治療中ですか？

(Sim/ はい ・ Não/ いいえ)

Sim/ はい ⇒ _____

Tem sintomas alérgicos a remédios ou alimentos?/ アレルギーはありますか？

(Sim/ はい ・ Não/ いいえ)

Sim/ はい ⇒ _____

Que tipo de medicamento consegue tomar?/ どの薬が飲めますか？

(Xarope/ 水薬 ・ Em pó/ 粉薬 ・ Comprimidos ou cápsulas/ 錠剤)

※ Apenas humano pela primeira vez de visita ・ Em caso de uma modificação
/ 初めての受診の人 ・ 変更があった場合

Endereço/ ご住所 〒 _____

número de telefone/ お電話番号 _____