

Questionário clínico/問診票 (ポルトガル語)

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
Temperatura /体温 _____ °C

Sexo: Masculino / 男 ・ Feminino / 女

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

- Tem febre/ 発熱 Desde _____ mês/ 月 _____ dia/ 日から
- Tosse/ 咳 Desde _____ mês/ 月 _____ dia/ 日から
- stridor/ ぜいぜい Desde _____ mês/ 月 _____ dia/ 日から
- muco nasal/ 鼻水 Desde _____ mês/ 月 _____ dia/ 日から
- Vômitos/ 嘔吐 Desde _____ mês/ 月 _____ dia/ 日から
- Diarréia/ 下痢 Desde _____ mês/ 月 _____ dia/ 日から
- Tem dores/ 痛み (cabeça/ 頭 ・ estômago/ お腹 ・ garganta/ 喉)
outro/ 他 _____ Desde _____ mês/ 月 _____ dia/ 日から
- outro/ その他 _____

Falta de apetite/ 食欲がない (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)

※ Se for primeira consulta ・ Ou se houver uma mudança de endereço e número de telefone/ 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 _____