

Questionário para Check-up Médico

2021 年 4 月からの問診票

Nome:

Utilize lápis ou lapiseira para preencher. Nos campos com [] , faça um traço diagonal no item correspondente, e nos campos com [] , escreva o número correspondente.

1. Cigarro

[] Não fumo (Parei de fumar) [] Fumo [] cigarro(s) por dia, há [] anos

2. Bebidas alcoólicas

[] Não bebo [] Bebo [] dia(s) por semana, [] gou por vez

1 gou (180ml) de saquê equivale a: 1 garrafa média (cerca de 500ml) de cerveja

3. Sobre os sintomas notados recentemente (Assinale até 5 sintomas de doenças que têm incomodado mais)

- Vista cansada, Zumbido no ouvido, Tontura, Tosse frequente, Catarro frequente, Palpitações no coração, Sensação de sufoco, Pulso irregular, Dor no peito como se ele fosse apertado, Falta de apetite, Dor constante no estômago, Náuseas ou vômito frequentes, Azia ou arroto frequentes, Diarreia frequente, Prisão de ventre frequente, Dor de barriga frequente, Urinação frequente (mais que 10 vezes/dia), Sensação de urina residual, Dor nos ombros (pescoço), Dor lombar, Dor nas juntas, Dor de cabeça, cabeça pesada, Mãos ou pés inchados, Insônia/Dificuldade de adormecer, Acorda cedo de manhã, Boca ou garganta secas, Sensação frequente de irritação, inquietação

[Somente quem fará exame de sangue]

- Já passei mal durante a coleta de sangue, Tive irritação na pele com a desinfecção de álcool, Senti formigamento nas mãos durante a coleta de sangue

[Somente mulheres]

- Estou grávida ou há essa possibilidade, Estou menstruada, Estou amamentando

4. Sobre a sua vida recente

(1) Quando mastiga os alimentos durante a refeição

- Consigo mastigar qualquer alimento, Tenho dificuldade de mastigar por causa de incômodo nos dentes, gengiva ou mordida, Quase não consigo mastigar

(4) Sobre os hábitos da vida diária

- Não tomo o café da manhã 3 vezes ou mais por semana, Janto dentro de 2 horas antes de dormir 3 vezes ou mais por semana, Engordei mais de 10 quilos desde quando tinha 20 anos, Pratico exercícios de 30 minutos ou mais por vez que me deixam levemente suado(a), 2 dias ou mais por semana, Há 1 ano ou mais, Faço caminhada ou exercício físico equivalente no dia a dia, por 1 hora ou mais por dia, Caminho mais rápido em comparação a pessoas da mesma faixa etária e do mesmo sexo, Consigo descansar o suficiente durante o sono

(2) Comparando com outros, você come

- Rápido, Normal, Devagar, Todos os dias, Às vezes, Quase nunca

(3) Consumo de bebida doce ou lanche fora as 3 refeições (café da manhã, almoço e janta)

5. Verificação dos tratamentos com medicação

- Remédio para baixar a pressão sanguínea, Remédio para baixar o colesterol ou a gordura neutra, Remédio para baixar o açúcar no sangue ou aplicação de insulina

6. Histórico de doenças do passado e atuais *Preencha na tabela à direita o histórico de doenças.

7. Histórico de trabalhos * As pessoas "desempregadas" atualmente não precisam responder as perguntas abaixo.

(1) Histórico de trabalhos do passado

- Manuseio de cargas pesadas, Manuseio de pó, Vibrações violentas, Manuseio de substâncias tóxicas, Manuseio de radiação

(2) Sistema de trabalho atual

- Somente turno diurno, Somente turno noturno, Trabalho por turnos, com turnos diurno e noturno

(3) Número médio de horas de trabalho por dia (nos últimos 30 dias)

- Menos de 6 horas, 6 horas a menos de 8 horas, 8 horas a menos de 10 horas, 10 horas ou mais

(4) Número médio de dias de trabalho por semana (nos últimos 30 dias)

- Menos de 3 dias, 3 ou 4 dias, 5 dias, 6 dias ou mais

<Somente para as pessoas que se submeterão ao exame de câncer de mama e câncer de útero>

Sintomas notados

- Caroço no seio, Dor no seio, Secreção de leite ou outro líquido, Forte cólica menstrual, Corrimento vaginal, Sangramento que não seja menstruação

Histórico de menstruação

Regular, Irregular, Menorragia (menstruação longa e intensa), Última menstruação (dia) de (mês) a (dia) de (mês), Menopausa (anos aproximadamente)

Histórico de gravidez

Quantas vezes engravidou, Parto normal, Cesárea

Histórico clínico

Coloque um círculo no espaço correspondente de cada doença, se teve esta doença no passado e se estiver em tratamento. Preencha a idade de quando adoeceu também.

Porém se não houver nenhum histórico clínico, coloque um O dentro do quadrado do lado direito.

Sem histórico clínico/tratamento atua

Table with columns for disease name, clinical history, and treatment status. Includes categories like Doença gástrica, Doença renal, Doença óssea, etc.