

Questionário de Odontologia/歯科問診票

Nome do(a) paciente /患者氏名				Endereço /住所	
Data de nascimento (em ano ocidental) /生年月日 (西暦)	Ano/年	mês/月	dia/日		
	(Idade: anos/歳)				
Telefone/電話				sexo/性別	<input type="checkbox"/> Homem/男性 <input type="checkbox"/> Mulher/女性
Tem alergia a /アレルギーの有無	<input type="checkbox"/> Alimentos/食べ物: <input type="checkbox"/> Medicamentos/薬:			Você tem seguro de saúde?/健康保険の有無	<input type="checkbox"/> Sim/はい <input type="checkbox"/> Não/いいえ

Qual o motivo de sua consulta hoje? (Quem tem vários sintomas, favor assinalar os quadrados correspondentes)
 /本日はどのような症状で来られましたか。(複数ある方は複数してください。)

- | | | | | | |
|--|---|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Dor de dente
/歯痛 | <input type="checkbox"/> Dor nas gengivas
/歯茎の痛み | <input type="checkbox"/> Dor no maxilar
/顎の痛み | <input type="checkbox"/> Caiu a obturação
/詰め物がとれた | <input type="checkbox"/> O dente está móvel
/歯がグラグラする | <input type="checkbox"/> Sangramento gengival
/歯茎からの出血 |
| <input type="checkbox"/> A dentadura não está adequada
/入れ歯が合わない | <input type="checkbox"/> Dor na língua
/舌痛 | <input type="checkbox"/> Tumoração
/できもの | <input type="checkbox"/> Estomatite (afta)
/口内炎 | <input type="checkbox"/> A boca fica seca
/口が渇く | |
| <input type="checkbox"/> Mau hálito/口臭 | <input type="checkbox"/> Oclusão dentária
/かみ合わせ | <input type="checkbox"/> Tártaro/歯石 | <input type="checkbox"/> Quer clarear os dentes
/歯を白くしたい | <input type="checkbox"/> Alinhamento dentário/歯並び | |
| <input type="checkbox"/> Foi orientado por outra instituição médica (inclui check-up médico) para se consultar
/他の医療機関から受診するように勧められた (健診含む) | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Outros/その他 : | | | | | |

Desde quando tem este sintoma?
 /上記症状はいつからありますか。

Aproximadamente desde o ano/年 mês/月 dia/日 manhã/午前 - tarde/午後 horas/時 minutos/分ごろから

Você teve alguma anormalidade até agora ao fazer o tratamento?
 /今までの治療をした時に、何か異常はありませんでしたか。

- Não/いいえ Sim/はい ***Quem assinalou no “Sim”, favor assinalar o item correspondente.**
 /「はい」にされた方は下の当てはまるものに、してください。
- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Foi difícil ter efeito da anestesia
/麻酔が効きにくかった | <input type="checkbox"/> Deu febre/熱が出た | <input type="checkbox"/> Foi difícil parar o sangramento
/血が止まりにくかった |
| <input type="checkbox"/> Outros/その他 : | | |

Está tomando algum medicamento agora? *inclui vitaminas, energéticos e suplementos.
 /現在、飲んでる薬はありますか? ※ビタミン、栄養剤、サプリメントも含まれます。

- Não/いいえ Sim/はい ***Caso possua medicamentos ou a “Caderneta de medicamentos”, favor apresentá-lo(a)**
 /お薬、もしくは「お薬手帳」を持っている方は、見せてください。

	Nome dos medicamentos /お薬の名前	Modo de tomar – modo de usar /飲み方・使い方		Nome dos medicamentos /お薬の名前	Modo de tomar – modo de usar /飲み方・使い方
①			⑥		
②			⑦		
③			⑧		
④			⑨		
⑤			⑩		

Atualmente está fazendo tratamento ou, no passado fez tratamento de alguma doença?
現在治療している病気、または過去に治療していたことはありますか?

Não/いいえ Sim/はい

Quem assinalou no “Sim”, favor escolher o nome da doença na lista abaixo e escrever o nome da instituição médica onde fazia o tratamento
 / 「はい」に☑した人は、疾患名リストから選択し、治療していた医療機関名を書いてください。

Nome das doenças (pode escrever o número da lista abaixo) /疾患名 (下記リスト番号可)	Evolução do tratamento /治療経過	Nome da instituição médica /医療機関名
	<input type="checkbox"/> Tratado/治療 <input type="checkbox"/> Atualmente está em tratamento/現在治療中 <input type="checkbox"/> Interrompeu o tratamento/治療中断 <input type="checkbox"/> Não tratado/未治療	
	<input type="checkbox"/> Tratado/治療 <input type="checkbox"/> Atualmente está em tratamento/現在治療中 <input type="checkbox"/> Interrompeu o tratamento/治療中断 <input type="checkbox"/> Não tratado/未治療	
	<input type="checkbox"/> Tratado/治療 <input type="checkbox"/> Atualmente está em tratamento/現在治療中 <input type="checkbox"/> Interrompeu o tratamento/治療中断 <input type="checkbox"/> Não tratado/未治療	
	<input type="checkbox"/> Tratado/治療 <input type="checkbox"/> Atualmente está em tratamento/現在治療中 <input type="checkbox"/> Interrompeu o tratamento/治療中断 <input type="checkbox"/> Não tratado/未治療	

<Lista das doenças/疾患リスト>

Tipo de doença /疾患の系統	Nome da doença /疾患名
① Doenças do sistema digestivo /消化器系の疾患	a. úlcera do tubo digestivo /消化器潰瘍 b. hepatite/肝炎 c. cirrose hepática /肝硬変 d. outras/その他
② Doenças do sistema circulatório /循環器系の疾患	a. hipertensão arterial /高血圧 b. angina do peito · infarto do miocárdio /狭心症 · 心筋梗塞 c. arritmia/不整脈 d. insuficiência cardíaca /心不全 e. outras/その他
③ Doenças do sistema respiratório /呼吸器系の疾患	a. asma/喘息 b. doença pulmonar obstrutiva crônica /慢性閉塞性肺疾患 c. pneumonia /肺炎 d. tuberculose pulmonar /肺結核 e. outras/その他
④ Doenças do sistema urinário – rins /腎 · 泌尿器系の疾患	a. insuficiência renal crônica /慢性腎不全 b. cálculo renal ou das vias urinárias /腎 · 尿管結石 c. infecções do trato urinário /尿路感染症 d. outras/その他
⑤ Doenças do sistema neurocerebral /脳神経系の疾患	a. infarto cerebral /脳梗塞 b. hemorragia cerebral /脳出血 c. epilepsia/てんかん d. outras/その他
⑥ Doenças do sistema endócrino /内分泌代謝系の疾患	a. diabetes /糖尿病 b. hiperlipidemia /高脂血症 c. disfunção da tireoide /甲状腺機能障害 d. hiperuricemia /高尿酸血症 e. outras/その他
⑦ Doenças osteomusculares /骨 · 筋肉の疾患	a. reumatismo articular /関節リウマチ b. osteoporose /骨粗鬆症 c. artrose do joelho /変形性膝関節症 d. hérnia de disco intervertebral /椎間板ヘルニア e. gota/痛風 f. outras/その他
⑧ Doenças ginecológicas e obstétricas /産婦人科の疾患	a. mioma uterino /子宮筋腫 b. dismenorrea /月経困難症 c. infertilidade/不妊症 d. outras/その他
⑨ Doenças oftalmológicas /眼の疾患	a. catarata/白内障 b. glaucoma/緑内障 c. retinopatia/網膜症 d. outras/その他
⑩ Doenças tumorais malignas /悪性腫瘍	a. câncer do estômago /胃がん b. câncer do cólon /大腸がん c. câncer do fígado, da vesícula biliar, do pâncreas /肝臓 · 胆のう · 膵臓がん d. câncer de mama /乳がん e. câncer do útero/子宮がん f. câncer pulmonar/肺癌 g. outras/その他
⑪ Doenças psíquicas /精神の疾患	a. depressão/うつ病 b. esquizofrenia /統合失調症 c. outras/その他
⑫ Doenças otorrinolaringológicas /耳鼻科の疾患	a. perda de audição /難聴 b. tontura/めまい c. zumbido no ouvido /耳鳴 d. polinose/花粉症 e. outras/その他
⑬ Doenças hematológicas /血液の疾患	a. anemia /貧血 b. leucemia/白血病 c. outras/その他
⑭ Doenças dermatológicas /皮膚の疾患	a. dermatite atópica /アトピー性皮膚炎 b. micose (pé de atleta) /白癬症 (水虫) c. outras/その他

Já se submeteu a alguma cirurgia até o momento?
/今までに手術をしたことがありますか。

Não/いいえ Sim/はい

Quem assinalou no “Sim”, favor escrever o histórico cirúrgico
/「はい」に☑した方は下に手術歴を書いてください。

Nome da doença /疾患名	Nome da cirurgia /手術名	Quando fez a cirurgia /手術をした時期	Nome da instituição médica onde fez a cirurgia/手術をした医療機関

※Caso não saiba a data certa da cirurgia, poderá escrever a “idade” ou o “ano” em que fez a cirurgia
/※詳しい手術日がわからない場合は「年齢」、「手術した年」でも構いません。

Tem o hábito de fumar cigarros?
/習慣的に、たばこを吸いますか？

Não/いいえ Sim/はい Fumava antes/以前吸っていた

Quantidade de cigarros/喫煙量	Período de tabagismo/喫煙期間	Año en que dejó de fumar /喫煙をやめた年
_____Cigarros/dia/ 本/日	_____Ano(s)/年	_____Ano/年_____Mês/月

*Quem ainda fuma, favor deixar a lacuna dos antecedentes do tabagismo em branco.
/現在も喫煙を続けている方は、喫煙をやめた年は空欄のままにしておいてください。

Tem o hábito de beber bebida alcoólica?
/習慣的にお酒を飲みますか？

Não/いいえ Sim/はい Tinha hábito de beber antes/以前飲酒する習慣があった。

<input type="checkbox"/> Cerveja/ビール	_____ml / dia/日	<input type="checkbox"/> Uísque/ウイスキー	_____ml / dia/日
<input type="checkbox"/> Saquê/日本酒	_____ml / dia/日	<input type="checkbox"/> Vinho/ワイン	_____ml / dia/日
<input type="checkbox"/> Outras/その他	_____ml / dia/日		

Apenas para as mulheres. Está grávida, ou tem a possibilidade de estar grávida?
/女性の方のみお答えください。妊娠していますか、またその可能性はありますか？

Não/いいえ Sim/はい Não sabe/わからない

Está amamentando atualmente?
/現在、授乳中ですか？

Não/いいえ Sim/はい

Daqui em diante, poderá trazer um intérprete por conta própria?
/今後、通訳を自分で連れてくることができますか？

Não/いいえ Sim/はい