

※この問診票は、2011年の東日本大震災の際、支援の一環としてボランティアで作成したものです。  
ポルトガル語

## Ficha de pré-avaliação 問診票

Data de preenchimento 記入年月日 / / /

Nome 名前	Nome do acompanhante 同行者氏名	Relação 本人との関係
Endereço (atual) 現在住んでいる住所		
Endereço (quando o terremoto ocorreu em 11 de março, 2011) 震災時(3月11日)の住所		
Sexo 性別 <input type="checkbox"/> Masculino 男性 <input type="checkbox"/> Feminino 女性	Data de nascimento 生年月日	
Telefone de contato 電話番号	Contato na emergência 緊急連絡先	

Você tinha trabalhado com radiação? あなたは「放射線業務従事者」になったことがありますか <input type="checkbox"/> Não いいえ <input type="checkbox"/> Sim はい <input type="checkbox"/> Não sei 分からない
Possui algumas doenças em tratamento médico? 現在治療中の病気はありますか? <input type="checkbox"/> Não いいえ <input type="checkbox"/> Sim はい → o nome da doença 疾患名: ( )
Possui doença na a glândula tireóide? 甲状腺の疾患はありますか? <input type="checkbox"/> Não いいえ <input type="checkbox"/> Sim はい → o nome da doença 疾患名: ( )
Já fez radioterapia e exame de raio? 放射線治療や放射線検査をしたことがありますか? <input type="checkbox"/> Não いいえ <input type="checkbox"/> Sim はい → Que tipo de tratamento ou exame você fez? 治療・検査の内容はなんですか?  Quanto tempo durou o tratamento ou exame? 治療・検査の期間はどのくらいですか?
Você toma algum medicamento atualmente? 現在服用している薬はありますか? <input type="checkbox"/> Não ない <input type="checkbox"/> Sim ある → Que tipo de remédio? それは何ですか? ( )
Sente alergia com iodo? ヨウ素に対するアレルギーはありますか? <input type="checkbox"/> Não いいえ <input type="checkbox"/> Sim はい → Qual é a substância alérgica? アレルギーの物質

Para mulheres; 女性の方にお尋ねします。 Há possibilidade de gravidez? 妊娠の可能性はありますか? <input type="checkbox"/> Não いいえ <input type="checkbox"/> Sim はい → Quando foi a última menstruação? 最終月経はいつですか? ( / / ~ / / )
---

Você estava onde na hora de acidente? 事故が起こった時、どこにいましたか?
--

※この問診票は、2011年の東日本大震災の際、支援の一環としてボランティアで作成したものです。  
ポルトガル語

<input type="checkbox"/> Dentro de prédio 屋内 <input type="checkbox"/> Construção de madeira 木造 <input type="checkbox"/> Armação de aço 鉄骨 <input type="checkbox"/> Concreto コンクリート <input type="checkbox"/> Pedra 石造 <input type="checkbox"/> Fora de prédio 屋外 Distância com o local do acidente 事故現場からの距離はどれくらいありますか? _____ km
Onde você estava até chegar aqui depois do acidente? 事故が起こってからここに来るまでどこにいましたか? Região: Quando?:

Escreva sua vida de 11 de março a 31 de março de 2011.

3月11日~3月末の期間について生活についてお答えください。

Passou quanto tempo na fora de prédio ou no dentro de casa de madeira por um dia? 一日の中で屋外もしくは木造家屋の中にいた時間は何時間くらいですか? ( ) horas 時間
Já tinha comido os pratos que usam legumes nacionais ou frutas? 自家栽培の野菜や果物を使った食事を食べましたか? <input type="checkbox"/> Não いいえ <input type="checkbox"/> Sim はい → O que era isso? それは何ですか? ( )
Bebeu qual tipo de bebida? 飲水状況を教えてください。 <input type="checkbox"/> Água de torneira 水道水 <input type="checkbox"/> Água de poços 井戸水 <input type="checkbox"/> Água engarrafada / refrigerantes 市販の水・清涼飲料水 <input type="checkbox"/> Leite 牛乳

Escreve sua vida durante o último mês. この1ヶ月間の生活についてお答えください。

Passou quanto tempo na fora de prédio ou no dentro de casa de madeira por um dia? 一日の中で屋外もしくは木造家屋の中にいた時間は何時間くらいですか? ( ) horas 時間
Já tinha comido os pratos que usam legumes nacionais ou frutas? 自家栽培の野菜や果物を使った食事を食べましたか? <input type="checkbox"/> Não いいえ <input type="checkbox"/> Sim はい → O que era isso? それは何ですか? ( )
Bebeu qual tipo de bebida? 飲水状況を教えてください。 <input type="checkbox"/> Água de torneira 水道水 <input type="checkbox"/> Água de poços 井戸水 <input type="checkbox"/> Água engarrafada / refrigerantes 市販の水・清涼飲料水 <input type="checkbox"/> Leite 牛乳

Você acha que foi contaminado por radiação? (放射線による被ばくをしたと思いますか?) <input type="checkbox"/> Não いいえ <input type="checkbox"/> Sim はい → em qual parte do corpo? 被ばくの部位( ) <input type="checkbox"/> Não sei 分からない	
Há algum sintoma suspeito? 何か自覚症状はありますか? <input type="checkbox"/> Não いいえ <input type="checkbox"/> Sim はい → Preencha o questionário abaixo. 以下の症状の有無をお答えください。	
Sintoma subjetivo 自覚症状の有無	OBS: Época de crise, frecuencia de crise 発症の時期、頻度
<input type="checkbox"/> Se cansa com facilidade 疲れやすい	

※この問診票は、2011年の東日本大震災の際、支援の一環としてボランティアで作成したものです。  
ポルトガル語

<input type="checkbox"/> Sente vertigem ortostática ou tontura 立ちくらみ又はめまいがする	
<input type="checkbox"/> Sente febre com facilidade 熱が出やすくなった	
<input type="checkbox"/> Emagreceu rapidamente 急に体重が減った	
<input type="checkbox"/> Sente azia 胸焼けがする	
<input type="checkbox"/> Dor no estômago 胃が痛む	
<input type="checkbox"/> Diarreia 下痢をする	
<input type="checkbox"/> Prisão de ventre 便秘をする	
<input type="checkbox"/> Tenho fezes sanguinolentas 便に血が混じることがある	
<input type="checkbox"/> O sangramento demora para parar 血が止まりにくくなった	
<input type="checkbox"/> Tenho sangramento subcutâneo 皮下出血がある	
<input type="checkbox"/> Escurecimento da vista ou dificuldade para enxergar 目がかすんだり、ものが見えにくくなった	
<input type="checkbox"/> Havia sido notificado de que está com catarata 医師に白内障(又は白内障混濁)と言われた	
<input type="checkbox"/> Está com tosse e catarro 咳や痰がでる	
<input type="checkbox"/> Tenho escarros de sangue 痰に血が混じることがある	
<input type="checkbox"/> Ferimento na pele com difícil cicatrização ou aparecimento de mancha vermelha 皮膚が治りにくい傷や赤い斑点が出たりする	Onde?その場所はどこですか?
<input type="checkbox"/> Sarna ou áspera 皮膚がかゆかったり、荒れたり、カサカサ・ジクジクする	Onde?その場所はどこですか?
<input type="checkbox"/> Há parte da pele com cor diferente 皮膚の色が変わっているところがある	Onde?その場所はどこですか?
<input type="checkbox"/> Dormência e dor na mão e pé 手足がしびれたり痛んだりする	
<input type="checkbox"/> Percebeu que a unha ficou frágil, grossa ou quebra com facilidade 爪がもろい, 厚くなった, 縦に割れる(凹凸を認める)	
<input type="checkbox"/> Sente pés e mãos frios 手足の先が冷たい	
<input type="checkbox"/> Fica com as mãos tremendo ou sem sensação nos dedos 手指が震えたり感覚がなくなる	
<input type="checkbox"/> Sente inchaço nos dedos e mãos 手指が腫れる	
<input type="checkbox"/> Sente dores nas articulações das mãos e pés 手足の関節が痛む	
<input type="checkbox"/> Sente alergia (asma, rinite, polinose e atopia etc.) アレルギー体質である(喘息・鼻炎・花粉症・アトピー等)	
<input type="checkbox"/> Outros その他	
Está tratando no hospital causa desse sintoma? 上記の症状に関して、現在通院をしていますか?	
<input type="checkbox"/> Não いいえ <input type="checkbox"/> Sim はい (Nome do hospital: 病院名 )	

Sente alergia com algum remédio ou alimentos? 薬や食べ物のアレルギーはありますか?
<input type="checkbox"/> Não ない <input type="checkbox"/> Sim ある → Escreva o nome do remédio ou alimento. それは何ですか?( )

※この問診票は、2011年の東日本大震災の際、支援の一環としてボランティアで作成したものです。  
ポルトガル語

Você fuma? タバコを吸いますか? <input type="checkbox"/> Não いいえ <input type="checkbox"/> Sim はい → Quantos cigarros você fuma por dia? ( cigarros/dia)1日何本吸いますか?(本/日)
Tomou solução de iodo? 安定ヨウ素剤を飲みましたか? <input type="checkbox"/> Não いいえ <input type="checkbox"/> Sim はい → Quando você tomou? 飲んだのはいつですか?
Motivo da consulta. Escreva as principais queixas. 相談内容 特に気になることがあればお書きください

- ・多言語で「こころの症状に関する問診」「放射線の被ばくに関する問診票」を公開しています。
- ・多言語医療問診システムも無料で公開中 Web モバイル(スマートフォン)で使えます。