

ニックネーム		性別 sexo	体重 peso	体温 temperatura
氏名 Nome		<input type="checkbox"/> Menino 男 <input type="checkbox"/> Menina 女	kg	°C
生年月日 nascimento	Ano/年	mês/月	dia/日	年齢 Idade: anos/歳
住所 Endereço	〒 -			
電話 tel	() -	兄弟 人中の 番目		

1. 気になること、心配なことはなんですか？ Qual o motivo de sua consulta hoje?

Febre/発熱 Tosse/咳 Coriza/鼻汁 Náusea/吐き気
 Vômito/嘔吐 Diarreia/下痢 Dor/痛み Eczema/湿疹
 Outros/その他：

2. その症状はいつからありますか？ Desde quando tem este(s) sintoma(s)?

Aproximadamente desde o ano/年 mês/月 dia/日
manhã/午前 - tarde/午後 horas/時

3. 当院にくる前に、他の病院にかかられましたか？

Antes de vir a este hospital, foi a algum outro hospital? Sim はい • Não いいえ

4. 現在、飲んでいるおくすりはありますか？

Est á tomando algum medicamento agora? Sim はい • Não いいえ

「はい」の方 → おくすり手帳を受付へお出しください

Caso possua medicamentos ou a “Caderneta de medicamentos”, favor apresentá-lo(a)

5. 食物アレルギー、薬のアレルギーはありますか？ Tem alergia a Sim はい • Não いいえ

Alimentos/食べ物: Medicamentos/薬:

6. 周囲で流行している病気はありますか？ Sim はい • Não いいえ

Tem alguma doença que está acontecendo nas escolas, creches ou entre os seus familiares?

Sim → Catapora 水痘 Caxumba おたふく Eritema infeccioso りんご病
 Influenza インフルエンザ Outros その他：

Por favor descrever sobre o momento do nascimento. 生まれた時のことをお聞かせください

8. 生まれたときの週数、体重をご記入ください。 Ao nascer

Nasceu com 週数 : semanas/週 Peso 体重 : g

9. 分娩時に異常はありましたか？

Teve alguma anormalidade no momento do parto? Sim はい • Não いいえ

Sim → Posição pélvica/骨盤位 Asfixia neonatal/新生児仮死
 Cordão nual/臍帯巻絡 Parto cesárea/帝王切開

ご協力ありがとうございました。

Obrigado.

