



名前 Nome		性別 Sexo	男 Masculino	女 Feminino	年齢 Idade	歳 anos
身長 Autura	cm	体重 Peso	kg	体温 Temperatura		°C

赤字の文は機械翻訳を使用しています。

1. 今日はどうされましたか？（複数回答可）

(O que aconteceu hoje?)

2. 部位（複数回答可）

(a parte do corpo)

3. それはいつからですか？

(Quando começou esse sintoma?)

4. 症状の原因となることはありましたか？

(Houve alguma coisa para ser causado pelos sintomas?)

5. 上記の症状は最近

(Recentemente, os sintomas acima)

6. 今までにかかった病気や現在治療中の病気はありますか？（複数回答可）

(Há algum doenças que você teve ou está em tratamento?)

7. 現在服用中の内服薬はありますか？

(Atualmente, toma a medicina interna?)

8. 食べ物でアレルギー（かゆみ・発疹など）を起こしたことがありますか？

(Já teve uma reação alérgica (coceira, erupção, etc.) em comida?)

9. 薬でアレルギー（かゆみ・発疹など）を起こしたことがありますか？

(Já teve uma reação alérgica (coceira, erupção, etc.) após tomar medicamentos?)

10. 現在、受診されている病院はありますか？

(Está recebendo tratamento em algum hospital atualmente?)

11. お酒は飲みますか？（複数回答可）

(Consome bebidas?)

12. タバコは吸いますか？



(Você fuma?)

13. 手術をしたことがありますか？

(Já passou por alguma operação?)

14. 輸血をしたことがありますか？

(Já recebeu transfusão de sangue?)

15. 麻酔をしたことがありますか？（歯科での麻酔を含む）

(Já foi administrados anestésicos? (incluindo anestesia dentária))

16. 周り（家族）に同じ様な症状の人がいますか？

(Existe algum membro da família que têm sintomas semelhantes?)

17. 一か月以内に海外旅行をされましたか？

(Viajou ao exterior dentro deste último mês?)

18. 女性の方へ：現在、妊娠の可能性はありますか？

(Para mulheres: tem alguma possibilidade de estar grávida agora?)

19. 現在授乳中ですか？

(Está amamentando atualmente?)

20. その他、何かご希望がございましたらご記入ください。

(Preencha caso haja algum outro pedido.)
