

Nome da associação ()	Sexo	Data de nascimento		anos	Data de início	
	Seguradora				Identificação	
Furigana ()	N° do cartão de seguro		N° do cartão de seguro			
nome	Setor					
	N° do funcionário					

Use lápis HB ou lapiseira. Marque sem ultrapassar o retângulo.

Preencha as caixas em negrito com antecedência e aguarde

Exemplo de como marcar

Use lápis HB ou lapiseira. Marque sem ultrapassar o retângulo.

Coleta de dados pessoais

Concordo

Última refeição

Ontem

Hoje

:

:

Grávida (inclui possibilidade de gravidez)

sim

não

Em menstruação

sim

não

◆ Marque um dos itens abaixo correspondentes ao seu trabalho principal

Comercial/Diplomacia

Agricultura/Silvicultura/Pesca

Processos de produção

Transporte/Comunicações

Especialista/Técnico

Gestão/Administração

Escritório

Representant e de vendas

Mineração

Construção civil

Segurança

outros

◆ Marque as alternativas que se aplicam ao seu histórico profissional.

Você tem experiência de trabalho em ambiente que manuseia objetos pesados?

sim

não

Você já trabalhou em ambiente com muita poeira?

sim

não

Você tem experiência de trabalho em ambiente com vibrações intensas?

sim

não

Você tem experiência de trabalho em ambiente que manuseia substâncias tóxicas?

sim

não

Você tem experiência de trabalho em ambiente que manuseia radiação?

sim

não

Em que turno você trabalha no seu emprego atual?

Somente turno diurno

Somente turno noturno

Turno alternado (diurno e noturno)

Quantas horas por dia você trabalhou, em média, nos últimos 30 dias, no seu emprego atual? (sem incluir o intervalo para o almoço, etc., e incluindo as horas extras)

Menos de 6 horas

6 horas ou mais e menos de 8 horas

8 horas ou mais e menos de 10 horas

10 horas ou mais

Quantos dias por semana você trabalhou, em média, nos últimos 30 dias, no seu emprego atual?

Menos de 3 dias

3 dias ou mais e menos de 5 dias

5 dias

6 dias ou mais

◆ Marque os sintomas que se aplicam a você no último ano.

dor de cabeça

dor no peito/Aperto no coração

Tosse/Catarro

Catarrho com sangue

Pulsação rápida e irregular

Alimentos presos na garganta ou peito

Desconforto/Dores na região dorsal

Diarreia/Constipação

Feces com sangue

Outros sintomas que afetam a vida diária

Perda rápida de peso (mais de 3-4 kg/mês)

insônia/Forte depressão e ansiedade

Garganta seca/Urina em excesso

Nenhuma doença em particular

◆ Marque uma das seguintes opções para doenças relevantes. Marque "em tratamento" caso esteja em tratamento ou frequentando o hospital, ou "histórico passado" caso tenha tido a doença.

histórico passado

em tratament

Responda somente se marcou "em tratamento"

pressão alta

remédio pra baixar pressão

sim

não

diabetes

remédio pra baixar glicose toma insulina

sim

não

colesterol

está tomando remédio pra baixar colesterol

sim

não

gota

Deficiência auditiva (surdez)

histórico passado

em tratament

AVC

Úlcera de estômago

histórico passado

em tratament

infarto do miocárdio

Câncer de pulmão

histórico passado

em tratament

angina do peito

Tuberculose

histórico passado

em tratament

Arritmia

Pneumonia

histórico passado

em tratament

Doença valvar

Bronquite asmática

histórico passado

em tratament

Cardiomiopatia

Apneia do sono

histórico passado

em tratament

Aneurisma de aorta

Esofagite de refluxo

histórico passado

em tratament

Outras doenças cardíacas

Câncer de esôfago

histórico passado

em tratament

Catarata

Câncer de estômago

histórico passado

em tratament

Fígado gorduroso

Linfoma maligno

Hepatite crônica tipo B

Leucemia

Hepatite crônica tipo C

Câncer de próstata

Cálculo biliar

Hiperplasia prostática

Pólipo na vesícula

Câncer de mama

Câncer do pâncreas

Fibroide uterina

Câncer do rim

Câncer de colo de útero

Nefrite

Câncer de corpo do útero

Cálculo renal

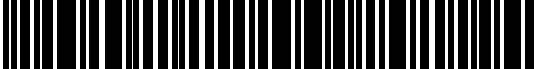
Cisto no ovário

Insuficiência renal crônica

Doença da tireoide

Artrite reumatoide

anemia

Endereço residencial	Data da consulta Nº de recepção	 00101135608AAB ポルトガル語
Número de telefone residencial ou celular		



ポルトガル語

◆ Marque os itens que se apliquem para cada pergunta.			
1	Foi falado pelo médico que pode ter derrame cerebral e fez tratamento	☐ sim ☐ não	
2	Foi falado pelo médico que pode ter doenças cardíaca e fez tratamento	☐ sim ☐ não	
3	Foi falado pelo médico insuficiência renal crônica ou foi submetido a tratamento de hemodiálise	☐ sim ☐ não	
4	Foi falado pelo médico que pode ter anemia	☐ sim ☐ não	
5	fuma atualmente※1		
☐	Sim (*Caso atenda as condições 1 e 2)		
☐	Costuma fumar, mas não fumo há 1 mês (*1 – Somente se atender a condição 2)		
☐	Não (para outras condições além das listadas acima)		
6	teve mais de 10 kg desde os 20 anos?	☐ sim ☐ não	
7	Pratica esporte por mais de 30 minutos por vez há mais de 1 ano	☐ sim ☐ não	
8	faz caminhada por mais de 1 hora	☐ sim ☐ não	
9	anda rápido em comparação às pessoas da mesma idade?	☐ sim ☐ não	
10	Em qual dos itens ao lado se encaixa a situação alimentar		
☐	mastiga come tudo	☐ Não consegue mastigar	
☐	não consegue mastigar direito devido a irregularidade dentária		
11	come rápido, em comparação as pessoas	☐ rápido ☐ normal ☐ lento	
12	Come 2 horas antes de dormir por mais de 3 vezes por semanas	☐ sim ☐ não	
13	come entre as refeições, inclusive bebida doce	☐ todos os dias ☐ as vezes ☐ quase não toma	
14	Não toma café da manhã, por mais de 3 vezes por semana	☐ sim ☐ não	
15	Toma bebida alcoólica	☐ todos os dias ☐ 5 a 6 vezes por semana ☐ 3 a 4 vezes por semana ☐ 1 a 2 vezes por semana ☐ 1 a 3 vezes por mês ☐ Menos de m dia por mês ☐ Parei *2 ☐ Não bebo (não posso beber)	
16	quantidade de bebida alcoólica por dia ※3	☐ menos de 1dose ☐ 1~2 doses ☐ 2~3 doses ☐ Menos de 3 a 5 copos ☐ 5 ou mais copos	
17	não tem dormido direito	☐ sim ☐ não	
18	Pretende melhorar o dia-a-dia , melhorando a alimentação e praticar esportes	☐ não tem intenção de melhorar ☐ pretende melhorar, dentro de 6 meses ☐ Pretende melhorar dentro de 1 mes ☐ pretende melhorar, dentro de 6 meses ☐ pretende melhorar, com mais de 6 meses	
19	Pretende receber orientação alimentar de profissional	☐ sim ☐ não	
20	Você deseja fazer uma consulta relacionada à sua saúde?	☐ sim ☐ não	
※1 “Atualmente fumante habitual” é aquele que atende às condições 1 e 2 Condição 1: Fumou no último 1 mês Condição 2: Fumou por mais de seis meses em toda a vida ou fumou um total de 100 maços de cigarros ou mais. ※2 “Parei” refere-se àqueles que tiveram um histórico de consumo de álcool habitual de pelo menos uma vez por mês no passado, mas não têm consumido álcool nos últimos anos. ※3 Referência a uma garrafa de saquê (teor alcoólico de 15 graus e 180ml): Cerveja (mesmo teor de álcool, 5 graus e 500ml), shochu (mesmo teor de álcool, 25 graus e aproximadamente 110ml), vinho (mesmo teor de álcool, 14 graus e aproximadamente			
◆ Marque tudo que se aplica ao exame de Helicobacter pylori			
①	Já fez o exame de Helicobacter pylori	☐ Sim (vá para a pergunta ②) ☐ Não	
②	Qual foi o resultado do exame de Helicobacter pylori?	☐ Positivo (vá para a pergunta ③) ☐ Negativo ☐ Desconhecido	
③	Passou por tratamento antibacteriano?	☐ Sim (vá para a pergunta ④) ☐ Não ☐ Desconhecido	
④	Qual foi o resultado do tratamento antibacteriano?	☐ Bem-sucedido ☐ Não houve resultado ☐ Desconhecido	
◆	Responda esta pergunta somente se for realizar um exame de raio-X do estômago. Quais dos seguintes sintomas, histórico médico etc., se aplicam a você?	☐ Nenhum dos itens se aplica.	
☐	1 Tive alergia após tomar Diazepam.	☐ 3 Em diálise ou com colostomia.	☐ 5 Histórico de cirurgia de laparotomia exploradora.
☐	2 Histórico de prisão de ventre, atualmente com prisão de ventre por mais de 3 dias.	☐ 4 Histórico de obstrução intestinal.	☐ 6 Em tratamento para doença inflamatória intestinal, como colite ulcerativa e doença de Crohn.