

ポルトガル

Nome furigana 氏名 フリガナ	Não é necessário preencher			
	Por favor, deixe um espaço entre o sobrenome e o nome. 姓と名の間は1マスあけてください。			
Nome 氏名				
Data de nascimento 生年月日	Preencha o ano de nascimento do calendário japonês Taisho Showa Heisei ano mês dia 大正 昭和 平成 年 月 日		anos 歳	M F 男 女

Como preencher 記入の仕方

Preencha o formulário com lápis ou lapiseira, caso haja algum erro possa ser apagados com a borracha.
間違えた記入しても消しゴムで消せるよ鉛筆又はシャープペンシルで記入してください。

※[Precauções 注意事項] Por favor, leia atentamente 必ずお読みください。

① Para as pessoas que forem fazer o exame radiológico do pulmão use camiseta sem botão, zíperes, metais, estampa ou qualquer outros itens.

Retire colares por favor. 胸部X線検診を受診される方はボタンやファスナー、金属等がついていないプリントやの柄のないTシャツを着用してください。ネックレスは外してください。

②Para aqueles que usa bomba de insulina ou monitor contínuo de glicose, consulte o médico com antecedência para saber se pode fazer o raio X e retire o dispositivo em casa antes de comparecer ao exame. インスリンポンプ、持続グルコース測定器を使用の方は、事前に主治医にレントゲンを受診することが可能かご確認いただき検診日はきき自宅に取り外してから検診してください。

③ **Mulheres grávida ou com a possibilidade de estar grávida ,não faça o exame.**妊娠または、その可能性がある方は、絶対に検査を受けないでください。

Por favor, responda os questionário abaixo.問診 下記の各項目にお答えください。

Apenas para as mulheres responderem. 女性の方のみお答えください。

Existe a possibilidade de estar grávida? 現在妊娠の可能性はあります ☐ Não ☐ Sim Se a resposta for sim, não será possível fazer o exame de radiografia. ある場合、レントゲンの受診はできません。

Até agora, já fez exame de câncer de pulmão? 今までに肺がん検診を受診されたことがありますか。

☐ Não ない
 ☐ 2ª vez 今回で2回目
 ☐ 3ª vez ou mais 今回で3回目以上 → Data do último exame 前回の検診は ☐ Heisei 平成 ano年 mês月
☐ Reiwa 令和 頃

☐ Resultado do último exame 前回の検診結果は、
☐ normal 異常なし
☐ precisa de observação 要観察
☐ foi necessário exame mais detalhado 要精密検査 (Resultado 所見:)

Até agora, já teve alguma doença citada abaixo? 今まで下記の病気にかかったことがありますか。

☐ Não ない ☐ Sim ⇒ ☐ tuberculose pulmonar 肺結核 ☐ pleurisia 胸膜炎 ☐ pneumonia 肺炎 ☐ asma 喘息
☐ Sim ⇒ ☐ doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) 慢性閉塞性肺疾患 ☐ pneumoconiose じん肺 ☐ outros 其他 ()

Até agora, já trabalhou em alguns desses serviço? 今までに下のような職業に就いていたことはありますか

☐ Não ない ☐ Sim ある ☐ fabricação e processamento de produtos de amianto 石綿製品の製造・加工 ☐ industria cerâmica 窯業
☐ industria de processamento metais 金属加工業 ☐ local de trabalho com muito pó 粉塵の多い職場
☐ outros その他() Período 期間: ☐☐ anos 年

Ultimamente, teve alguns desses sintomas? 最近、次のような症状がありますか。

☐ Não☐ Sim ⇒ ☐ tosseせき ☐ escarro痰 ☐ escarro com sangue血痰(dentro 6 meses6か月以内) → Por favor, faça um exame na instituição médica.医療機関での診察を受けていない。 ☐ perda de peso体重減少

Fuma cigarro? タバコを吸いますか。

☐ Não 吸わない ☐ **Fumava** 吸っていた ☐ **Sim** 吸っている ⇒ Por dia 1日 : quantos 本 quantos anos 年間 fumou 吸っていた (ou fuma 吸っている)?
 Fumante passivo 受動喫煙 ☐ Não ない ☐ **Sim** ある ⇒ Período : quantos anos 年間 期間

Seus pais ou irmão já teve câncer? 親、兄弟でがんになったひとがいますか。

☐ Não ない ☒ Sim はい ⇒ parte do corpo 部位 ☐ pulmão 肺 ☐ outros その他 ()

Radiografia do estômago (bário)

(胃部X線検診受診票)

Câncer do estômago (胃がん)

ポルトガル

Nome furigana 氏名 フリガナ	Não é necessário preencher			
Nome 氏名	Por favor, deixe um espaço entre o sobrenome e o nome 姓と名の間は1マスあけてください。			
Data de nascimento 生年月日	Taisho Showa Heisei 大正 昭和 平成		ano mês dia 年 月 日	
Preencha o ano de nascimento do calendário japonês		anos 歳		M F 男 女

Como preencher
記入の仕方Preencha o formulário com lápis ou lapiseira, caso haja algum erro possa ser apagados com a borracha.
間違えた記入しても消しゴムで消せるよ鉛筆又はシャープペンシルで記入してください。

※[Precauções 注意事項] Por favor, leia atentamente 必ずお読みください。

①Ingerir uma solução de bário e será feita a radiografia. Mulheres grvidas ou com possibilidade de estar grávida, pessoas com histórico de obstrução intestinal ou volvo intestinal, pessoas com dificuldade de engolir, alergia ao bário (urticária, falta de ar) não será possível fazer o exame. バリウムを飲んでいただきレントゲン撮影を行います。妊娠中またはその可能性がある方は、腸閉塞や腸捻転の既往ある方、嚥下障害のある方、バリウムにアレルギー(じんましん、息苦しさ)のある方は受診できません。

②Para as pessoas que usa bomba de insulina ou um monitor continuo de glicose, consulte o médico com antecedência para saber se pode fazer o raio x e retire o dispositivo em casa antes de comparecer ao exame. インスリンポンプ、持続グルコース測定器を使用中方は、事前に主治医にレントゲンを受診することが可能かご確認頂き検針日は機器を自宅で取り外してから受信してください。

③Na vespera do dia do exame apartir das 22:00 h da noite até ser feito o exame não poderá comer. Pode beber água até ante de dormir evite bebidas alcoólicas.No dia, até 2 horas antes do exame pode beber no máximo 200ml de água ou água morna (1 copo). 検診前日の10時以降から検査が終了するまでは食事をしないでください。水は就寝まで飲んでも差し支えありませんが飲酒は避けてください。当日は検査2時間まえまでなら200ml。(コップ一杯程度)の水、白湯の摂取はかまいません。

④As pessoas que tomam remédio para pressão arterial e problema no coração, até 2 horas antes do exame poderá tomar no máximo 200ml de água ou água morna. As pessoas que tomam remédio para diabete ou aplicam a insulina, por favor não tomar ou aplicar antes do exame. Siga as instruções do médico em relação a outros tipos de medicamentos. 血圧、心臓病のお薬は検査2時間前までに200mlの水又は白湯で飲んでください。糖尿病の薬、インスリンは検査前に使用しないで下さい。そのたの内服薬については主治院の指示を受けて下さい。

Por favor, responda os questionário abaixo. 問診 下記の各項目にお答えください。

Apenas para as mulheres responderem. 女性の方のみお答えください。

Existe a possibilidade de estar grávida? 現在妊娠の可能性はありますか。

☐ Não ない☐ Sim ある Se a resposta for sim, não será possível fazer o exame de radiografia. ある場合、レントゲンの受診はできません。

Até agora, já fez exame de câncer de estômago? 今までに胃がん検診を受診されたことがありますか。

☐ Não ない ☐ 2ª vez 今回で2回目 ☐ 3ª vez ou mais 今回で3回目以上

Data do último

exame 前回の検診は

☐ Heisei 平 ☐ ano 年 ☐ mês 月☐ Reiwa 令和 頃

Resultado do último exame

前回の検診結果は

☐ normal 異常なし ☐ precisa de observação 要観察 ☐ foi necessário exame mais detalhado 要精密検査

(Resultado 所見:)

Até agora, já teve alguma doença citada abaixo? 今までに下記の病気にかかったことがあります

☐ Não ない ☒ Sim ある ⇒☐ úlcera gástrica

胃潰瘍

☐ pólipó gástrico

胃ポリープ

☐ úlcera duodenal

十二指腸潰瘍

☐ gastrite

胃炎

☐ câncer do

estômago 胃がん

☐ outras doenças no esôfago · estômago · duodenal その他の食道、胃、十二指腸の病気()

Já fez cirurgia no estômago ou duodenal ?

胃、十二指腸の手術を受けたことがありますか。

☐ Não

ない

☐ Sim ⇒

ある

☐ Heisei 平成☐ Reiwa 令和

Nome da doença 病

☐ ano 年 ()

Já fez tratamento para erradicação do Helicobacter pylori?

ピロリ菌の除菌治療を受けたことがありますか。

☐ Não

ない

☐ Sim ⇒

ある

☐ Heisei 平成☐ Reiwa 令和☐ ano 年☐ Não sei

わからない

Ultimamente, teve algum desses sintomas? 最近、次のような症状がありますか。

☐ Não ない ☒ Sim ある ⇒☐ dor de estômago 胃: ☐ azia 胸やけ ☐ arroto ゲップ ☐ náusea 吐気☐ dificuldade de ingerir o alimento 食べ物がかえる ☐ anorexia 食欲不振☐ obstipação (intestino preso) 便秘 ☐ diarreia 下痢 ☐ sangue nas fezes 血便 ☐ perda de peso 体重減少

Em relação à hábitos? 嗜好品について。

cigarro
たばこ☐ Não
fumo
吸わない☒ Fumava
吸っていた☐ Fumo
吸っている⇒ Por dia 1日 ☐ quantos 本☐ quantos anos 年間 fumava 吸っていた (ou fuma 吸っている)?bebida
alcoólica
酒類☐ não bebo
飲まない☐ parei
やめた☐ anos
atrás 年前☐ todos os dias 毎日飲む
(mais de 5 dias por semana
週5日以上)☐ de vez enquanto bebo
時々飲む(1 à 4 dias por
semana 週に1から4日)☐ raramente bebo 希に飲む
(1 à 3 dia por mês)
(月に1から3日)

Alguém da família teve câncer (parente de sangue)? 家族(血縁) 出、がんにかかった人がいます。

☐ Não
いいえ☒ Sim ⇒☐ pai 父☐ mãe 母☐ irmãos · irmãs
兄弟・姉妹☐ avós
祖父母

Exame de câncer do intestino grosso (大腸がん検査受診票)

ポルトガル語

Nome furigana 氏名 フリガナ	Não é necessário preencher □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □		
Nome 氏名	Por favor, deixe um espaço entre o sobrenome e o nome 姓と名の間は1マスあけてください。 □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □		
Data de nascimento 生年月日	□ Taisho □ Showa □ Heisei □ □ ano □ □ mês □ □ dia 大正 昭和 平成 年 月 日 Preencha o ano do nascimento do calendário japonês		□ □ anos 歳 □ M □ F 男 女

Como preencher
記入の仕方

Preencha o formulário com lápis ou lapiseira, caso haja algum erro possa ser apagados com a borracha.
間違えた記入しても消しゴムで消せるよ鉛筆又はシャープペンシルで記入してください。

※[Precauções 注意事項] Por favor, leia atentamente 必ずお読みください

- ① Evite coletar amostras de fezes durante o período menstrual. 生理中は便の採取は避けてください。
② Para as pessoas que fizeram a biópsia durante o exame de endoscopia gástrica, espere 1 semana antes de coletar as amostras de fezes. 胃の内視鏡検査で生検を受けた方は、1週間ほど期間をずらしてから再便してください。
③ Caso fazer o exame de raio X do estômago (exame de deglutição de bário) colete as amostras assim que parar de evacuar fezes branca, logo após o exame. 胃X線検査 (バリウムを飲む検査) 受診直後の白い便が出なくなってから採便してください。

Por favor, responda os questionário abaixo. 問診 下記の各項目にお答えください。

Até agora, já fez exame do intestino grosso? 今までに大腸がん検診を受診されたことがありますか。

□ Não ない □ 2ª vez 今回で2回目 □ 3ª vez ou mais 今回で3回目以上	Data do último exame 前回の検診は	□ Heisei 平成 □ □ ano 年 □ □ mês 月頃 □ Reiwa 令和
Resultado do último exame 前回の検診結果は、 □ Normal · negativo · (-) 異常なし・陰性 □ Anormal · positivo · (+) ⇒ Refez o exame: □ Não 受けてない 所見あり・陽性 ⇒ 精密検査を受けましたか □ Sim ⇒ Resultado? { □ Normal 異常なし □ Anormal () 所見あり		

Até agora, já teve alguma das doenças citada abaixo? 今までに下記の病気にかかったことがありますか。

Doença no esôfago 食道の病気	□ Não ない	□ câncer がん	□ úlcera 潰瘍	□ pólipos ポリープ	□ outros その他
Doença no estômago · duodenal 胃・十二指腸の病気	□ Não ない	□ câncer がん	□ úlcera 潰瘍	□ pólipos ポリープ	□ outros その他
Doença do intestino grosso 大腸の病気	□ Não ない	□ câncer がん	□ úlcera 潰瘍	□ pólipos ポリープ	□ colite 大腸炎 □ outros その他
Doença anal 肛門の病気	□ Não ない	□ verruga anal いぼ痔	□ fissura anal きれ痔	□ fistula anal 痔ろう	□ prolapso anal 脱肛 □ outros その他

Toma algum medicamento regularmente? 常用されている薬品はありますか。

□ Não ない	□ Sim (nome do medicamento) ある (薬品名)
----------	--------------------------------------

Ultimamente, deve algum desses sintomas? 最近、次のような症状がありますか。

□ Não ない	□ Sim ⇒ □ Obstipação (intestino preso) 便秘 □ diarreia 下痢 □ Tem sangue nas fezes? 便に血が混じる
----------	---

O que você gosta de comer? 食べ物の何が好きですか。

□ carnes 肉類	□ peixes 魚類	□ verduras 野菜	□ outros () その他
-------------	-------------	---------------	------------------

Em relação a hábitos? 嗜好品について

cigarro たばこ □ Não fumo 吸わない	□ Fumava 吸っていた □ Fumo 吸っている	⇒ Por dia 1日 □ □ quantos 本 □ □ quantos anos 年間 fumava 吸っていた (ou fuma 吸っている)?	
bebida alcoólica 酒類 □ não bebo 飲まない □ parei やめた □ □ anos atrás 年前	□ todos os dias 毎日飲む (mais de 5 dias por semana 週5日以上)	□ de vez enquanto bebo 時々飲む (1 à 4 dias por semana 週に1から4日)	□ raramente bebo 希に飲む (1 à 3 dias por mês 月に1から3日)

Alguém da família já teve câncer (parentes de sangue)? 家族 (血縁) で、がんにかかった人がいますか。

□ Não いいえ	□ Sim ⇒ □ Pai 父 □ Mãe 母 □ irmãos · irmãs 兄弟 · 姉妹 □ avós 祖父母
-----------	---

Exame de Câncer do colo do útero(子宮頸がん検査受診票)

ポルトガル

Nome furigana 氏名 フリガナ	Não é necessário preencher		
Nome 氏名	Por favor, deixe um espaço entre o sobrenome e o nome 姓と名の間は1マスあけてください。		
Data de nascimento 生年月日	Preencha o ano do nascimento do calendário japonês Taisho 大正 Showa 昭和 Heisei 平成 ano 年 mês 月 dia 日	anos 歳	M 男 F 女

Como preencher 記入の仕方 Preecha o formulário com lápis ou lapiseira ,caso haja algum erro possa ser apagados com a borracha. 間違えた記入しても消しゴムで消せるよ鉛筆又はシャープペンシルで記入してください。

※[Precauções 注意事項] Por favor, leia atentamente 必ずお読みください

- ①Sera feito a inspeção visual e cervix uterino pelo médico , mulheres submetida a hysterictomia total não será possível fazer este exame. 医師による視診と子宮頸部の細胞診で行います、子宮全摘出手術を受けた方は受信できません。
- ②O exame do câncer do colo do útero não pode ser feito durante o período menstrual , por favor remarque uma nova data 生理中子宮頸がん受診ができませんで、日程変更してください。

Por favor, responda os questionário abaixo. 問診 下記の各項目にお答えください。

Até agora, já fez exame de câncer do colo do útero?今までに子宮頸がん検査を受診されたことがありますか。			
☐ Não ☐ 2ª vez 今回で2回目 ☐ 3ª vez ou mais今回で3回目以上		Data do último exame 前回の検診は ☐ Heisei 平成 ☐ ano年 ☐ mês月	
Resultado do último exame 検診結果は(前回に限らず) ☐ normal 異常なし ☐ foi necessário exame mais detalhado要精密検査		☐ re-exame 再検査 ☐ indecível 判定不能 ☐ outros 其他()	
Já teve doenças ginecológica (útero • ovário • trompa uterina) e já fez cirurgia?婦人科(子宮・卵巣・卵管)の病気・手術をしたことがありますか。			
Doença病気: ☐ Não ☐ Sim 有 (Nome da doença病名: com quantos anos? 歳の時)			
Cirurgia手術: ☐ Não ☐ Sim 有 com quantos anos? 歳の時			
Em relação a grávidez e ao parto ,responda por favor?妊娠と出産についてお答えください			
Grávidez : ☐ Não ☐ Sim 有 妊婦: ☐ Não ☐ Sim 有			
relação sexual 性交体験 ☐ Sim ☐ Não 有 いえ Parto : ☐ Não ☐ Sim 有 出産 ☐ Não ☐ Sim 有			
cesariana : ☐ Não ☐ Sim 有 帝王切開 ☐ Não ☐ Sim 有 último parto: 最後出産 ☐ anos 歳			
Em relação a menstruação? 月経について ☐ Não ☐ Menopausa 閉経 ☐ com quantos anos 歳の時			
☐ Sim 有 ☐ Normal 順調 ☐ Irregular 不順 (Como? どのように) última menstruação 最近の月経は ☐ meses 月 ☐ dia 日 ☐ quantos dias 日間			
Nos últimos 6 meses teve sangramento irregular? 6か月以内に不正性器出血等がありましたか。 ☐ Não ☐ Sim 有 ☐ depois do contato 接触後 ☐ depois de urinar 排尿後 ☐ outros 其他()			
Corrimento vaginal? おりものは。 ☐ Não ☐ Sim 有 ☐ cor escuro 無色 ☐ esbranquiçado 白色 ☐ amarronzado 褐色 ☐ avermelhado 赤色 ☐ outros 其他()			
Usa Dispositivo Intra - uterino (DIU)?避妊リング ☐ Não ☐ Sim 有 Uso de hormônios? ホルモン剤の使用 ☐ Não ☐ Sim 有 ☐ comprimido 錠剤 ☐ outros 其他()			
Já aplicou a vacina da HPV (vírus do Papiloma Humano)?HPVワクチンを接種したことがありますか。 ☐ Não ☐ Sim 有 Primeira vacinação 初回の接種は ☐ Heisei 平成 ☐ ano年 doses aplicadas 接種回数 ☐			
Alguém da família já teve câncer(parentes de sangue)?家族(血縁)で、がんにかかった人がいますか。 ☐ Não ☐ Sim 有 ☐ Pai 父 ☐ Mãe 母 ☐ irmãos • irmãs 兄弟・姉妹 ☐ avós 祖父母			

Formulário do exame da glândula mamária 乳腺検診受診票

ポルトガル語

Nome furigana 氏名 フリガナ	Não será necessário preencher		
Nome 氏名	Por favor, deixe um espaço entre o sobrenome e o nome 姓と名の間は1マスあけてください。		
Data de nascimento 生年月日	Preencha o ano de nascimento do calendário japonês		

Como preencher
記入の仕方

Preencha o formulário com lápis ou lapiseira, caso haja algum erro possa ser apagados com a borracha. 間違えた記入しても消しゴムで消せるよ鉛筆又はシャープペンシルで記入してください。

※[Precauções 注意事項] Por favor, leia atentamente 必ずお読みください

①As pessoas que não podem se submeter ao exame de mamografia. マモグラフィを受診できない方。

Mulheres grávida ou com a possibilidade de estar grávida, que estão amamentando ou que desmamaram até 6 meses atrás, portadores de marca-passo, porto de acesso venoso central totalmente implantável e válvula ventrículo-peritoneal ou pessoas que fez o aumento nas mamas. 妊婦または可能性のある方、授乳中の方、乳後6ヶ月未満の方、ペースメーカー、CV(霜埋め込み型)ポート、V-P シヤントを装着している方、豊胸術をしている方。

②Para as pessoas que vão se submeter ao exame de mamografia que usa bomba de insulina ou um monitor contínuo de glicose, consulte o médico com antecedência para saber se pode fazer o raio x e retire o dispositivo em casa antes de comparecer ao exame. マモグラフィを受診する方で、インスリンポンプ、持続グルコース測定器を使用中方は、事前に主治医にレントゲンを受診することが可能かご確認頂き検針日は機器を自宅に取り外してから受信してください。

③As mulheres que vão submeter ao exame de ultrassonografia (ecografia) que estão amamentando ou que desmamaram até 6 meses atrás (sem lesões visível na imagem) resultados precisos podem ser obtidos dependendo da condições das mamas, aguarde 6 meses depois do desmame para fazer o exame. エコーを受診する方で、授乳中又は、断乳後6ヶ月未満の方は、乳腺の状態によっては正確な結果(画像に病変が写らない)が出ない場合がありますので、断乳後6ヶ月を経過してから検査をしてください。

④Caso apresentar algum sintoma, procure uma instituição médica especializada em cuidados com a mama em vez de se submeter ao um check-up regular. 自覚症状がある場合には、検診ではなく乳腺専門の医療機関を受診してください。

Por favor, responda os questionário abaixo. 問診 下記の各項目にお答えください。

Leia atentamente os itens de atenção acima e responda por favor. 上記の注意事項をお読みいただきお答えください

Existe a possibilidade de estar grávida? 現在妊娠の可能性はありますか。

☐ Não ☐ Sim ⇒ ☐ Heisei 平成 ☐ Reiya 令和

Fez o aumento nas mamas? 豊胸術をしていますか。 ☐ Não ☐ Sim ⇒ ☐ Bolsa de inserção ☐ outros

É portador de marca-passo, porto de acesso venoso central totalmente implantável e válvula ventrículo-peritoneal?

ペースメーカー、CV(霜埋め込み型)ポート、V-P シヤントを装着していますか。

☐ Não ☐ Sim ⇒ ☐ mamografia

Até agora, já fez exame de Câncer de Mama? 今までに乳がん検診を受診されたことがありますか。

☐ Não ☐ 2ª vez ☐ 3ª vez ou mais	Data do último exame	☐ Heisei 平成 ☐ Reiya 令和	☐ ano ☐ mês ☐ dia
O exame anterior	☐ exame clínico das mamas	☐ ultrasonografia (eco)	☐ mamografia
Resultado do último exame	☐ normal ☐ Disse que seria necessário refazer o exame	☐ Heisei 平成 ☐ Reiya 令和	☐ ano ☐ mês ☐ dia
Resultado do exame	☐ normal ☐ Cisto ☐ Fibroadenoma ☐ Mastopatia (doença da glândula mamária)	☐ outros	

Até agora, já teve alguma doença nas mamas? 今までに乳房疾患にかかったことがありますか。

Doença nas mamas 乳房疾患: ☐ Não ☐ Sim ⇒ (Nome da doença 病名)

Incisão nas mamas 乳房切開: ☐ Não ☐ Sim

Tratamento hormonal ホルモン療法 ☐ Não ☐ Sim ⇒ atualmente, está em tratamento 現在続行中 ☐ ano ☐ anos atrás mas agora não

Alguém da família já teve câncer (parentes de sangue)?家族(血縁)でにかかった人がありますか。

Câncer de mama 乳がん
outros câncer
その他のがん

☐ Não ない ☒ Sim ある⇒☐ Mãe母 ☐ irmã mais velha 姉 ☐ irmã mais nova 妹 ☐ avó 祖母 ☐ tia 叔母

☐ Não ない ☒ Sim ある⇒☐ Pai父 ☐ Mãe 母 ☐ irmãos · irmãs 兄弟・姉妹 ☐ avós 祖父母

Em relação a menstruação.
月経について。

☐ Não ない ☐ menopausa 閉経 ⇒ ☐☐ quantos anos 歳の時

☒ Sim ある ⇒ ☐ normal 順調 ☐ irregular 不順

última menstruação
最近の月経

☐☐ mês月 ☐☐ dia日 ☐☐ até o dia 日間

Atualmente, há anormalidades nas mamas?現在、乳房の異常がありますか。

(direita)
(右)

☐ Não ない ☒ Sim ある ⇒ ☐ nódulo しこり ☐ deformação 変形 ☐ descarga mamilar anormal 血性分泌物 ☐ dor 痛み ☐ outrosその他 ()

(esquerda)
(左)

☐ Não ない ☒ Sim ある ⇒ ☐ nódulo しこり ☐ deformação 変形 ☐ descarga mamilar anormal 血性分泌物 ☐ dor 痛み ☐ outrosその他 ()

Faz o auto exame?
自己触診をおこなっていますか。

☐ Não 行っていない ☐ de vez enquanto 時々行っている ☐ regularmente (todos os dias) 定期的(毎月)行っている

Em relação a amamentação.
授乳期について

☐ Não ない ☒ Sim ある ⇒ ☐ Desmame:6 meses ~menos de 1 ano断乳後半年~1年半未満 ☐ Desmame: mais de 1 ano 断乳後1年以上

Exame de Câncer de Próstata (前立腺がん検査受診票)

ポルトガル

Nome furigana 氏名 フリガナ	Não será necessário preencher	
Nome 氏名	Por favor, deixe um espaço entre o sobrenome e o nome 姓と名の間は1マスあけてください 	
Data de nascimento 生年月日	☐ Taisho ☐ Showa ☐ Heisei ano mês dia 大正 昭和 平成 年 月 日	anos 歳
Preencha o ano de nascimento do calendário japonês		

Como preencher
記入の仕方

Preencha o formulário com lápis ou lapiseira ,caso haja algum erro possa ser apagados com a borracha. 間違えた記入しても消しゴムで消せるよ鉛筆又はシャープペンシルで記入してください。

※[Precauções 注意事項] Por favor, leia atentamente 必ずお読みください

①É um exame que coleta o sangue para detectar o nível de antígeno Prostático Específico (PSA). Não há restrições alimentares. 採血をして血液中の前立腺特異抗原(PSA)を調べる血液検査です、食事の制限はありません。

Por favor, responda os questionário abaixo. 問診 下記の各項目にお答えください。

Até agora, já fez exame de câncer de próstata? 今までに前立腺がん検診を受診されたことがありますか。

☐ Não ない	☐ 2ªvez 今回で2回目	☐ 3ªvez ou mais 今回で3回目以上	⇒	Data do último exame 前回の検診は	☐ Heisei 平成 ☐ Reiwa 令和	ano 年 mês 月頃
↓						
Resultado do último exame 前回の検診結果は、			☐ normal 異常なし			
			☐ foi necessário exame mais detalhado 要精密検査	⇒	Refez o exame? 精密検査をうけてましたか	
				☐ Não いいえ	☐ Sim はい	⇒
						Resultado? 結果は
						☐ Normal 異常なし ☐ Anormal () 所見あり

Até agora, já teve doença de próstata? 今までに前立腺の病気をしたことがありますか。

☐ Não ない	☐ Sim はい	⇒	☐ hipertrofia da próstata 前立腺肥大	☐ prostatite 前立腺炎	☐ câncer de próstata 前立腺がん	☐ outros () その他
---------------------------------	---------------------------------	---	--	--	---	---

Ultimamente, teve alguns desses sintomas? 最近、次のような症状がありますか。

Sente dor ao urinar? 排尿するときに痛みますか	☐ Não いいえ	☐ Sim はい
Tem a sensação de dor extremo ao redor do períneo ou ânus? 会陰部や肛門のあたりに重苦しい感じがありますか	☐ Não いいえ	☐ Sim はい
Já teve dor na parte lombar e/ou coxa (extremidade inferiores)? 腰や大腿(下肢)のあたりが痛むことがありますか	☐ Não いいえ	☐ Sim はい

Como está a micção? 排尿状態はどうです?

☐ Bom(sai com força) 良好(勢い良く出る)	☐ um pouco menos(não estou preocupado mas sai menos de quando era jovem) やや不満(気にならないが若い頃のようにではない)	☐ Ruim(falta de impulso e leva um tempo para terminar) 不良(勢いがなく、出終わるまでに時間がかかる)
Normalmente, quantas vezes levanta para urinar durante a noite? 床についてから朝起きる間で、普通何回排尿に起きますか		☐ quase nunca ほとんどない
		☐ 1 ou 2 vezes 1-2回 ☐ 3 vez ou mais 3回以上

Preencha sua dieta e hábitos, por favor. 食生活と嗜好品についてご記入ください。

Cigarro たばこ	☐ mais de 20 por dia 1日20本以上	☐ menos de 20 por dia 1日20本未満	☐ anteriormente fumava 過去に吸っていた	☐ não fumo 吸わない
Bebida alcoólica アルコール	☐ todos os dias 毎日	☐ 2 ~3 por semana 週2-3回	☐ 2~3 por mês 月2-3回	☐ não bebo 飲まない
Arroz 米飯	☐ 3 refeições 三食	☐ 2 refeições 二食	☐ 1refeição 一食	☐ 2~3 por semana 週2-3回
Carne 肉類	☐ todos os dias 毎日	☐ 2 ~3 por semana 週2-3回	☐ 2~3 por mês 月2-3回	☐ não como 食べない
Verduras 野菜類	☐ todos os dias 毎日	☐ 2 ~3 por semana 週2-3回	☐ 2~3 por mês 月2-3回	☐ não como 食べない
Peixes 魚介類	☐ todos os dias 毎日	☐ 2 ~3 por semana 週2-3回	☐ 2~3 por mês 月2-3回	☐ não como 食べない
Chá japonês 日本茶	☐ mais de 10 xícaras por dia 1日10杯以上	☐ 5~9 xícaras 5-9杯	☐ 1~4 xícaras 1-4杯	☐ não bebo 飲まない

Exame de Osteoporose (骨粗鬆症検査受診票)

ポルトガル

Nome furigana 氏名 フリガナ	Não é necessário preencher			
Nome氏名	Por favor, deixe um espaço entre o sobrenome e o nome 姓と名の間は1マスあけてください。 Preencha em cada quadrado 2 letras			
Data de nascimento 生年月日	Preencha o ano de nascimento do calendário japonês			

Como preencher 記入の仕方 Preecha o formulário com lápis ou lapiseira ,caso haja algum erro possa ser apagados com a borracha. 間違えた記入しても消しゴムで消せるよ鉛筆又はシャープペンシルで記入してください。

※[Precauções 注意事項] Por favor, leia atentamente 必ずお読みください

①Sera feito a ultrasson no calcanhar do pé , por favor use meia que seja fácil de retirar na hora do exame. 足の踵を著音波検査しますので靴下など脱ぎやすい履物で検査にお越しください。

Por favor, responda os questionário abaixo.問診 下記の各項目にお答えください。

Ate agora, já teve alguma das doença citada abaixo?今までに下記の病気にかかったことがありますか。

☐ Não ない	☐ Sim あり ⇒	☐ tireóide 甲状腺	☐ glândulas paratireóides 副甲状腺	☐ doença renal 腎臓病	☐ hipertensão 高血圧	☐ doença do fígado 肝臓病	☐ aparelho digestivo 消化器	☐ ginecologo 婦人科	☐ outros 其他()
---------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------------	---	---	--	---	---	---	---------------------------------------

Já teve alguma fratura?今までに骨折したことがありますか。

☐ Não ない	☐ Sim あり ⇒	Local 部位	☐ braço 腕 手の指	☐ dedo da mão	☐ pé 足	☐ outros 其他()
		Causa 原因	☐ acidente de trânsito 交通事故	☐ durante a atividade esportiva スポーツ活動中	☐ outros 其他()	

Já fez dieta?ダイエット経験はありますか。

☐ Não ない	☐ Sim あり ⇒	quantas vezes?回数	☐ vez 回	☐ kg perdeu quantos kilo?減量
---------------------------------	-----------------------------------	------------------	--------------------------------	--

Faz atividade física regularmente?定期的に運動をしていますか。

☐ Não してない	☐ Sim している ⇒	☐ minutos/vezes 時間/回	quantas vezes 数 :	☐ vezes /semana 回/週	☐ quantos anos (年間(種目:))
-----------------------------------	-------------------------------------	---	-------------------	--	--

Quantas horas faz caminhada ? quantas horas dorme? 歩行時間・睡眠時間はどのくらいですか。

Quantas horas por dia faz caminhada一日に歩く時間は	☐ horas 時間ぐらい	Dorme quantas horas por dia ?一日の睡眠時間は	☐ horas 時間ぐらい
---	--------------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Em relação a alimentação?食生活についてご記入ください。

	Todos os dias 毎日	3~6 vezes por semana 週3~6回	1 ou 2 vezes por semana 週1, 2回	quase não consumo ほとんどとらない		Todos os dias 毎日	3~6 vezes por semana 週3~6回	1 ou 2 vezes por semana 週1, 2回	quase não consumo ほとんどとらない
Leite 牛乳	☐	☐	☐	☐	peixinhos pequenos que podem ser consumido inteiro 丸ごと食べられる小魚類	☐	☐	☐	☐
Derivado de leite 乳製品 Tofu, derivado de soja 豆腐や大豆製品	☐	☐	☐	☐	Peixes 魚介類	☐	☐	☐	☐
Carnes 肉類	☐	☐	☐	☐	Verduras e legumes 緑黄色野菜	☐	☐	☐	☐

Apenas para as mulheres responderem.女性の方のみお答えください。

Em relação a menstruação. 月経について	☐ Normal 順調	☐ Irregular 不順	☐ Menopausa 閉経	☐ grávida 妊娠中
----------------------------------	------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Exame Médico de Saúde 健康診断受診票

Nome furigana (氏名 フリガナ)	Não será necessário preencher 				
Nome (氏名)	Por favor, deixe um espaço entre o sobrenome e o nome .姓と名の間は1マスあけてください。 				
Data de nascimento 生年月日	Taisho Showa Heisei ano mês dia anos M F 大正 昭和 平成 年 月 日 歳 男 女		Preencha o ano de nascimento do calendário japonês		
Endereço 住所	〒 -		Telefone 電話番号		

Por favor, responda os questionário abaixo. 問診 下記の各項目にお答えください。

① Até agora , já fez Exame Médico de Saúde?今までに健康診断を受けたことがありますか。

☐ Todos os anos 毎年受けている

☐ De vez enquanto ときどき

☐ 1ª vez 初めて

② Está tomando algum medicamentos ?(campo obrigatório)服薬中(必須項目)

※ preencha , por favor.必ずご記入ください。

☐ Simはい

☐ Nãoいいえ

Medicamento para baixar a pressão arterial? (血圧を下げる薬)

☐ Simはい

☐ Nãoいいえ

Medicamento para baixar a glicemia ou injeção de insulina? (血糖を下げる薬・インスリン注射)

☐ Simはい

☐ Nãoいいえ

Medicamento para baixar o colesterol e gordura neutra? (コレステロール・中性脂肪を下げる薬)

③ No passado e/ou atualmente , teve alguma dessas doenças abaixo?現在または過去に下記の病気にかかったことがありますか。

☐ Não該当なし	☐ 治療中 ☐ 以前 dislipidemia 脂質異常症	☐ 治療中 ☐ 以前 tuberculose pulmonar 肺結核	☐ 治療中 ☐ 以前 gastrite 胃炎	☐ 治療中 ☐ 以前 hemorroida 痔	☐ 治療中 ☐ 以前 doença no ouvido 耳の病気
☐ 治療中 ☐ 以前 doença do coração 心臓病	☐ 治療中 ☐ 以前 doença do fígado 肝臓病	☐ 治療中 ☐ 以前 asma 喘息	☐ 治療中 ☐ 以前 pólipo gástrico 胃ポリープ	☐ 治療中 ☐ 以前 amenia 貧血	☐ 治療中 ☐ 以前 doenças oculares 眼の病気
☐ 治療中 ☐ 以前 hipertensão 高血圧	☐ 治療中 ☐ 以前 doença no pâncreas 膵臓の病気	☐ 治療中 ☐ 以前 pneumonia 肺炎	☐ 治療中 ☐ 以前 úlceras duodenal 十二指腸潰瘍	☐ 治療中 ☐ 以前 doença ginecológica 婦人科の病気	☐ 治療中 ☐ 以前 osteoporose 骨粗鬆症
☐ 治療中 ☐ 以前 deficiência cerebrovascular 脳血管障害	☐ 治療中 ☐ 以前 doença do rim 腎臓病	☐ 治療中 ☐ 以前 pneumoconiose じん肺	☐ 治療中 ☐ 以前 doença no esôfago 食道の病気	☐ 治療中 ☐ 以前 doença na glândula mamária 乳腺の病気	☐ 治療中 ☐ 以前 câncer がん
☐ 治療中 ☐ 以前 diabetes 糖尿病	☐ 治療中 ☐ 以前 gota(Hiperuricemia) 痛風(高尿酸血症)	☐ 治療中 ☐ 以前 úlceras gástricas 胃潰瘍	☐ 治療中 ☐ 以前 doença no intestino grosso 大腸の病気	☐ 治療中 ☐ 以前 doença da tireóide 甲状腺疾患	☐ 治療中 ☐ 以前 outros その他

④ Atualmente , tem alguns desses sintomas?現在、次の自覚症状がありますか。

☐ Não 該当なし	☐ sentindo muito cansado 強い疲労感	☐ tontura めまい	☐ tosse escarro せき・痰	☐ azia 胸やけ	☐ dor de barriga 腹痛	☐ dificuldade de ingerir o alimento 食物がつかえる	☐ obstipação 便秘	☐ diarreia 下痢	☐ dormência no pé e na mão 手足がしびれる
	☐ dor de cabeça 頭痛	☐ palpitações・falta de ar 動悸・息切れ	☐ pulso irregular 脈の乱れ	☐ dor no peito 胸痛	☐ vômito 嘔吐	☐ anorexia 食欲不振	☐ sede 喉がかわく	☐ corpo inchado 体がむくむ	☐ outros その他

⑤ Tem hábito de fumar cigarro?(campo obrigatório)たばこを習慣的に吸っていますか(必須項目)

❑ Nãoいいえ

❑ Antes fumava mas parei há 1 mês atrás.以前は吸っていたが最近1か月間吸っていない。

❑ Simはい⇒

por dia /quantos❑❑❑1日口本

❑❑ quantos anos❑年間

(※「tabaquismo habitual 習慣的に喫煙」refere-se a fumar no último mês, fumar por pelo menos 6 meses na vida ou fumou no total de 100 ou mais cigarros) também inclui cigarro aquecido (dispositivo eletrônico)とは、最近1か月間吸っている、かつ生涯で6か月間以上吸っている又は合計100本以上吸っている)加熱式たばこも含む

⑥Frequência de consumo de bebida alcoólica.お酒を飲む頻度

Consumo de bebida alcoólica por dia 一日当たりの飲酒

❑ ①todos os dias 毎日

❑ ②5~6 por semana 週5~6日

❑ ③3~4 por semana 週3~4日

❑ ④1~2 por semana 週1~2日

❑ ⑤1~3 dia por mês 月に1~3日

❑ ⑥1vez por mês 月に1日未満

❑ ⑦parei faz mais de 1 ano やめた最近1年以上

❑ ⑧Não bebo 飲まない(飲めない)

Para aqueles que marcou a frequência de consumo de ①~⑥ responda por favor. 頻度が①~⑥の方は、飲酒量も記入下さい

❑ menos que 1 1合未満

❑ 1~ menos que 2 1合~2合未満

❑ 2~ menos que 3 2合~3合未満

❑ 3~ menos que 5 3合~5合未満

❑ mais que 5 5合以上

1 dose de saquê japonês (teor alcoólico de cerca de 15% · 180 ml) 日本酒1合(アルコール度数15度·180ml)

shochu (teor alcoólico de cerca de 25% ·110 ml) 焼酎(同25度110ml)

uísque (teor alcoólico de cerca de 43% · 60 ml)ウイスキー (同43度·60

cerveja (teor alcoólico 5% ·500 ml) ビール同5度·(500ml)

vinho (teor alcoólico de cerca de 14% · 240 ml) ワイン(同14度·約240ml)

lata de chuhai (teor alcoólico de cerca de 5% · 500ml , teor alcoólico de cerca de 7% · 350ml 缶チューハイ(同5度·約500ml。同7度·約350ml)

⑦ Histórico familiar.家族歴

❑ Não該当なし

	doença do coração 心臓病	derrame cerebral 脳卒中	hipertensão 高血圧	diabetes 糖尿病	dislipidemia 脂質異常症	câncer がん
pais 両親	❑	❑	❑	❑	❑	❑
irmãos 兄弟姉妹	❑	❑	❑	❑	❑	❑
avós 祖父母	❑	❑	❑	❑	❑	❑

⑧Por favor, preencha esses questionário abaixo.以下の問診もご記入ください。

❑ Simはい

❑ Nãoいいえ

Já foi diagnosticado de anemia por algum médico?
医師から貧血といわれたことがある。

❑ Simはい

❑ Nãoいいえ

Em comparação com pessoas da mesma faixa etária e mesmo sexo caminha mais rápido?
ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い。

❑ todos os dias 毎日

❑ às vezes ときどき

❑ quase não como ほとんどない

Além das 3 refeições (café da manhã, almoço e janta) nos intervalos entre as refeições toma bebidas açúcaradas ou lancha?
朝昼夕の3食以外に間食や甘い飲み物を摂取している。

❑ Simはい

❑ Nãoいいえ

Já fez tratamento para doença cerebro vascular ?
脳血管疾患の治療を受けたことがある。

❑ Simはい

❑ Nãoいいえ

O seu peso aumentou mais que 10 kg do que tinha aos 20 anos de idade?
20歳の時の体重から10kg以上増加している。

❑ mastigo qualquer tipo de alimento 何でもかめる

❑ com dificuldade かににくい

❑ não consigo mastigar かめない

Qual à sua condição mastigatória durante a refeição?
食事をかんで食べる時の状態

❑ Simはい

❑ Nãoいいえ

Mais que 3 vezes na semana ,não toma café da manhã?
朝食を抜くことが週に3回以上ある。

❑ Simはい

❑ Nãoいいえ

Já fez tratamento médico de doença cardíaca?
心臓病の治療を受けたことがある。

❑ Simはい

❑ Nãoいいえ

Por mais de 1 ano e pelo menos 2 vezes na semana , pratica exercício físico que faz transpirar por mais de 30 minutos?
1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施。

❑ rápido 速い

❑ normal ふつう

❑ devagar 遅い

Comparando-se à outras pessoas , come rápido?
人と比較して食べる速度が速い。

☐ Sim はい	☐ Não いいえ	Tem dormido e descansado o suficiente? 睡眠で休養が十分とれている。
☐ Sim はい	☐ Não いいえ	Já fez tratamento para insuficiência renal crônica? 慢性腎不全の治療を受けたことがある。
☐ Sim はい	☐ Não いいえ	Na vida diária , tem feito caminhada ou atividades físicas por mais de 1 hora por dia? 日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施。
☐ Sim はい	☐ Não いいえ	Mais de 3 vezes na semana , tem jantado pelo menos 2 horas antes de se deitar? 就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ある。
☐ Sim はい	☐ Não いいえ	Gostaria de receber orientação sobre hábitos saudáveis para melhoria da saúde? 生活保健指導を受ける機会があれば利用しますか。

Tem pensado em melhorar o seu hábito alimentar e/ou atividade física?

運動や食生活等の生活習慣の改善をしてみようと思いますか

☐ Não penso em melhorar
改善するつもりはない。

☐ Penso em melhorar (dentro de 6 meses)
改善するつもり(6か月以内)

☐ Em alguns dias (dentro de 1 mês), penso em melhorar e aos poucos .
近いうちに改善するつもり(1か月以内).少しずつ始めている。

☐ Iniciou a mudança para melhorar (menos de 6 meses).
既に改善に取り組んでいる(6か月以内)

☐ Iniciou a mudança para melhorar (há mais de 6 meses)
既に改善に取り組んでいる(6か月以上)

※No verso「 Termo de solicitação de informações pessoais」concorde com o termo antes de comparecer ao exame . 裏面の「個人情報の取り扱いに関するお願い」に、ご同意のうえ受診してください。

Caso não concordar ,não será possível fazer o exame.同意いただけない場合は、健診を受けることはできません

☐ **Concordo**
同意する

☐ **Não concordo**
同意しない

Nome 氏名
(assinatura自署)

Formulário do teste de estratificação de risco de câncer do estômago

(Toyokawa-shi)

胃がんリスク層別化検査 検診表 (豊川市)

Endereço住所 〒 □□□-□□□□

Toyokawa-shi

豊川市

Furigana

フリガナ

Nome

氏名

Data de nascimento (anos歳)

生年月日

Sexo性別

M男・F女

Telefone電話

Circle O os itens que se enquadram abaixo , com caneta preta.下記の質問について当てはまるものに○印をつけてください。

	チェック項目	Respostas 回 答	
①	Há sinais de sintomas gastrointestinais como (azia, enjôo, sensação de acidez estomacal, dor de estômago , dor de barriga, estômago pesado, anorexia, etc.)? 明らかな上部消化器症状(胸やけ、吐き気、胃酸がこみ上げてくるような感じ、胃痛、腹痛、胃もたれ、食欲不振など)がある	Simはい	Nãoいいえ
②	Está fazendo tratamento de algumas dessas doenças esofagite, úlcera gástrica ,úlcera duodenal etc.? 食道炎、胃潰瘍、十二指腸潰瘍などの疾患で治療中である	Simはい	Nãoいいえ
③	Está tomando algum medicamentos para reduzir a acidez estomacal (enibidores de bomba de prótons) ou tomou nos últimos 2 meses ? 胃酸を抑える薬(プロトンポンプ阻害剤)を服用している、もしくは2か月以内に服用していた	Simはい	Nãoいいえ
④	Já fez a gastrectomia (ressecção parcial ou total) do estômago no passado? 過去に胃の切除術(一部切除・全摘出)を受けたことがある	Simはい	Nãoいいえ
⑤	Tem insuficiência renal ou disfunção renal (o nível de creatinina sérica é de 3ml/dl ou mais)? 腎不全または腎機能障害がある(目安として血清クレアチニン値3mg/dl以上)	Simはい	Nãoいいえ
⑥	Imunodeficiência・imunidade baixa ou uso de imunossupressor? 免疫不全・低下の状態、又は免疫抑制剤を服用している	Simはい	Nãoいいえ
⑦	Alguma vez já fez tratamento de helicobacter pylori? 過去にピロリ菌の除菌治療を受けたことがある	Simはい	Nãoいいえ

As pessoas que responderam [SIM] em algumas das perguntas acima , há possibilidade de não obter o resultado do teste com precisão ou não poder fazer o teste. Para garantir um teste adequado , pedimos a sua colaboração.

上記の「はい」に該当する方は、検査結果が正確に判定できない可能性があり、検査対象外となります。適正な検診運用のため、ご理解くださるようお願いいたします。

O objetivo do teste de estratificação de risco do câncer do estômago.胃がんリスク層別化検査の目的

A principal causa do câncer gástrico é o helicobacter pylori , e a maioria das vezes a pessoas não percebe que está infectada. Helicobacter pylori é uma bactéria que habita na mucosa que cobre a superfície do estômago e se não for tratada pode causar gastrite crônica, úlcera gástrica e duodenal e câncer do estômago. O teste de estratificação de risco de câncer do estômago (teste ABC), é para verificar se a risco de desenvolver câncer do estômago, será coletada uma amostra de sangue para verificar [teste para verificar a infecção por H. pyoli] e [teste para verificar o grau de atrofia da mucosa gástrica]. Não é o teste para encontrar o câncer do estômago (exame de câncer).

胃がんの主な原因はピロリ菌で、感染していることに気づかない人がほとんどです。ピロリ菌は胃の表面を覆う粘膜の中に住み着く菌で、感染したまま放置しておくと慢性胃炎、胃・十二指腸潰瘍、胃がんなどがひきおこされることがあります。この胃がんリスク層別化検査(ABC検査)は「ピロリ菌感染の有無を調べる検査」と「胃粘膜の萎縮度を調べる検査」を組み合わせることで胃がんになるリスクを分類するもので、採血をして調べます。胃がんそのものを見つけて出す検査(胃がん検査)ではありません。

Depois de ler e compreender , deseja realizar o teste de estratificação de risco de câncer do estômago?

胃のリスク層別化検査の目的等について理解した上で、胃がんリスク層別化検査を受けることに同意します。

Nome (assinatura)氏名 (自署)

Questionário do Teste de Vírus da Hepatite (Toyokawa-shi)

肝炎ウイルス検査 検診票(豊川市)

Endereço住所 〒 □□□-□□□□	
Toyokawa-shi 豊川市	
Furigana フリガナ	
Nome 氏名	
Data de nascimento 生年月日	(anos歳) Sexo性別
Telefone電話	M男・F女

Circule O os itens que se enquadram abaixo , com caneta preta. 下記の質問について当てはまるものに○印をつけてください。

①	Além desse exame , pretende fazer outro exame de Hepatite? 今後、この検診以外で肝炎ウイルス検診に相当する検診を受けることを予定していますか	Simはい	Nãoいいえ	
②	Já teve alguma doença do fígado e disseram que a função Hepática não estavam boa? 肝臓病にかかったことや肝機能が悪いと言われたことがありますか	Simはい (quantos ano年頃)	Nãoいいえ	
③	Já passou por procedimentos cirurgicos (cirurgia grande, etc.)? 広範な外科的処置(大きな手術など)を受けたことがありますか	Simはい (quantos anos年頃)	Nãoいいえ	
	Para os que responderam 「Sim」. Realiza exame de função Hepática periodicamente? 「はい」と答えた方に伺います。定期的に肝機能検査を受けていますか	Simはい	Nãoいいえ	
④	(Apenas para mulheres)Já teve forte hemorragia, durante a gestação e/ou no parto? (女性のみ)妊娠・分娩時に多量に出血したことがありますか	Simはい (quantos anos年頃)	Nãoいいえ	
	Para os que responderam 「Sim」 . Realiza exame de função Hepática periodicamente? 「はい」と答えた方に伺います。定期的に肝機能検査を受けていますか	Simはい	Nãoいいえ	
⑤	Até agora , já realizou teste da Hepatite B? これまでに、B型肝炎ウイルス検査を受けたことがありますか	Simはい (quantos ano年頃)	Nãoいいえ	Não sei 分からない
⑥	Atualmente e/ou no passado já fez tratamento da Hepatite B? 現在または過去に、B型肝炎の治療を受けていますか	Simはい (quantos ano年頃)	Nãoいいえ	Não sei 分からない
⑦	Até agora , já realizou teste da Hepatite C? これまでに、C型肝炎ウイルス検査を受けたことがありますか	Simはい (quantos ano年頃)	Nãoいいえ	Não sei 分からない
⑧	Atualmente e/ou no passado já fez tratamento da Hepatite C? 現在または過去に、C型肝炎の治療を受けていますか	Simはい (quantos ano年頃)	Nãoいいえ	Não sei 分からない

O objetivo do Teste de Vírus da Hepatite.

肝炎ウイルス検査の目的

A hepatite viral é uma doença que se transmite principalmente pelo sangue , e mesmo infectada pelo vírus , há muitos casos em que os sintomas são leves ou assintomáticas , e na maioria das vezes a pessoa não percebe que está infectada. No entanto , a detecção precoce é importante porque a hepatite crônica pode progredir para cirrose e câncer do fígado. Uma amostra de sangue será coletada para verificar se está infectada pelo vírus da hepatite B ou C.

ウイルス性肝炎は、主に血液を介して感染しておこる病気で、ウイルスに感染していても病状が軽かったり、無症状場合も多く、感染していることに気付かない人がほとんどです。しかし、慢性肝炎から更に肝硬変、肝がんへと進行することもあるため、早期発見が重要です。B型・C型肝炎ウイルスに感染しているか、採血をして調べます。

Depois de ler e compreender , deseja realizar o teste de vírus da hepatite? Marque com o check ☒ e assine por favor.

肝炎ウイルス検診の目的等について理解した上で、肝炎ウイルス検診を希望しますか。☒印をつけ署名をしてください。

• Em relação ao teste de vírus da Hepatite B B型肝炎ウイルス検査について

☐ Desejo realizar o teste希望する ☐ Não desejo realizar o teste希望しない

Nome (assinatura)氏名(自署)

• Em relação ao teste de vírus da Hepatite C C型肝炎ウイルス検査について

☐ Desejo realizar o teste希望する ☐ Não desejo realizar o teste希望しない

Nome (assinatura)氏名(自署)