



## ■ Preenchimento próprio (Favor preencher dentro do quadro destacado)

Nº do telefone (celular)		— —		Nº do telefone (residencial)		— —							
1	Responda se atualmente utiliza ou não, algum dos medicamentos abaixo de “a” a “c”					Marque na resposta correspondente							
a	1	a	Remédio para baixar a pressão sanguínea	<input checked="" type="checkbox"/>	Sim	<input checked="" type="checkbox"/>	Não						
3	2	b	Remédio para baixar a glicose do sangue ou injeção de insulina	<input checked="" type="checkbox"/>	Sim	<input checked="" type="checkbox"/>	Não						
	3	c	Remédio para baixar o colesterol ou gorduras neutras	<input checked="" type="checkbox"/>	Sim	<input checked="" type="checkbox"/>	Não						
4	Já lhe foi dito pelo médico que sofreu acidente vascular cerebral-AVC (AVC hemorrágico, AVC isquêmico, etc.) ou já fez tratamento?					<input checked="" type="checkbox"/>	Sim	<input checked="" type="checkbox"/>	Não				
5	Já lhe foi dito pelo médico que tem doença cardíaca (angina, infarto do miocárdio, etc.) ou já fez tratamento?					<input checked="" type="checkbox"/>	Sim	<input checked="" type="checkbox"/>	Não				
6	Já lhe foi dito pelo médico que tem doença renal crônica, insuficiência renal, ou realiza algum tratamento (hemodiálise, etc.)?					<input checked="" type="checkbox"/>	Sim	<input checked="" type="checkbox"/>	Não				
7	Já lhe foi dito pelo médico que tem anemia?					<input checked="" type="checkbox"/>	Sim	<input checked="" type="checkbox"/>	Não				
8	Atualmente, fuma habitualmente? (※ “Fumantes habituais” são “Pessoas que fumam no total 100 cigarros ou mais, ou fumam há mais de 6 meses”, e têm também fumado neste último mês.)					<input checked="" type="checkbox"/>	Sim	<input checked="" type="checkbox"/>	Não				
9	Comparando com os seus 20 anos de idade, o seu peso aumentou mais de 10kg?					<input checked="" type="checkbox"/>	Sim	<input checked="" type="checkbox"/>	Não				
10	Tem feito exercícios físicos que possa suar levemente, com duração de mais de 30 minutos por vez, mais de 2 vezes por semana, há mais de 1 ano?					<input checked="" type="checkbox"/>	Sim	<input checked="" type="checkbox"/>	Não				
11	Faz caminhada de 1 hora ou mais por dia, ou pratica exercícios físicos equivalentes em seu cotidiano?					<input checked="" type="checkbox"/>	Sim	<input checked="" type="checkbox"/>	Não				
12	Comparando com as pessoas da mesma idade, a sua velocidade de caminhar é mais rápida?					<input checked="" type="checkbox"/>	Sim	<input checked="" type="checkbox"/>	Não				
13	Em relação a mastigação na hora de comer, em qual item você se enquadra?	① Consigo comer mastigando tudo. ② Às vezes o dente, a gengiva, a má formação dos dentes, etc, me incomoda e tenho dificuldade de mastigar. ③ Quase não consigo mastigar.			<input checked="" type="checkbox"/>	①	<input checked="" type="checkbox"/>	②	<input checked="" type="checkbox"/>	③			
14	Come mais rápido em comparação às outras pessoas?					<input checked="" type="checkbox"/>	Rápido	<input checked="" type="checkbox"/>	Normal	<input checked="" type="checkbox"/>	Lento		
15	Tem jantado dentro de 2 horas antes de dormir, por mais de 3 vezes por semana?					<input checked="" type="checkbox"/>	Sim	<input checked="" type="checkbox"/>	Não				
16	Costuma tomar bebidas doces ou comer além das 3 refeições diárias (café da manhã, almoço e janta)?					<input checked="" type="checkbox"/>	Todos os dias	<input checked="" type="checkbox"/>	Às vezes	<input checked="" type="checkbox"/>	Quase nunca		
17	Deixa de tomar o café da manhã por mais de 3 vezes na semana?					<input checked="" type="checkbox"/>	Sim	<input checked="" type="checkbox"/>	Não				
18	Frequência de consumo de bebida alcoólica (sakê, aguardente, cerveja, bebida alcoólica ocidental, etc.)					<input checked="" type="checkbox"/>	Todos os dias	<input checked="" type="checkbox"/>	Às vezes	<input checked="" type="checkbox"/>	Quase não bebo		
19	Quantidade de bebida alcoólica que consome regularmente por dia. Equivale a 1 dose (180ml) de sakê: 500ml de cerveja, aguardente de 25% (110ml), 1 copo de whisky duplo (60ml), 2 taças de vinho (240ml)					<input checked="" type="checkbox"/>	Menos de 1 dose	<input checked="" type="checkbox"/>	De 1 a 2 doses incompletas	<input checked="" type="checkbox"/>	De 2 a 3 doses incompletas	<input checked="" type="checkbox"/>	Mais de 3 doses
20	Consegue descansar o suficiente dormindo?					<input checked="" type="checkbox"/>	Sim	<input checked="" type="checkbox"/>	Não				
21	Gostaria de melhorar os hábitos da vida diária como alimentação, exercícios físicos, etc? Escolha 1 item entre o ① ao ⑤	① Não pretendo melhorar. ② Pretendo melhorar (aprox. dentro de 6 meses). ③ Pretendo melhorar em breve (aprox. dentro de 1 mês) e estou começando aos poucos.			④ Já estou me empenhando no melhoramento (há menos de 6 meses). ⑤ Já estou me empenhando no melhoramento (há mais de 6 meses).			<input checked="" type="checkbox"/>	①	<input checked="" type="checkbox"/>	④		
					<input checked="" type="checkbox"/>	②	<input checked="" type="checkbox"/>	⑤					
					<input checked="" type="checkbox"/>	③							
22	Havendo oportunidade de receber uma orientação de saúde para melhorar os hábitos da vida diária, gostaria de recebê-la?					<input checked="" type="checkbox"/>	Sim	<input checked="" type="checkbox"/>	Não				
23	Há quantas horas atrás teve a última refeição?					<input checked="" type="checkbox"/>	Há menos de 10 horas	<input checked="" type="checkbox"/>	A partir de 10 horas				
24	Sintomas	<input checked="" type="checkbox"/> 1 Não há <input checked="" type="checkbox"/> 2 Dor de cabeça <input checked="" type="checkbox"/> 3 Tontura <input checked="" type="checkbox"/> 4 Tinido nos ouvidos <input checked="" type="checkbox"/> 5 Dor no peito <input checked="" type="checkbox"/> 6 Palpitação <input checked="" type="checkbox"/> 7 Secura na boca <input checked="" type="checkbox"/> 8 Emagrecimento repentino <input checked="" type="checkbox"/> 9 Inchaço <input checked="" type="checkbox"/> # Facilidade para se cansar <input checked="" type="checkbox"/> 11 Adormecimento nas mãos/pés <input checked="" type="checkbox"/> 12 Outros ( )											

保	所在地	愛知県豊橋市今橋町1番地
険	電話番号	0532-51-2293
者	番 号	00230029
	名 称	豊橋市
	支払代行機関番号	92399021
	支払代行機関名	愛知県国民健康保険団体連合会

Contato: Toyohashi-shi Hokenjo, Kenkou Zoushin-Ka  
 〒441-8539  
 Toyohashi-shi Nakano-cho Aza Nakahara 100 Banchi (Dentro do HOIPPU)  
 TEL (0532) 39-9141  
 FAX (0532) 38-0770