

< 検診票翻訳文 > ※Favor apresentar sem falta, o envelope com todo o conteúdo.

Questionário do Exame de Radiografia Pulmonar (Para detectar Tuberculose e Câncer Pulmonar)

Ano Adm. 2024 (R6 Nendo) - Município de Toyohashi

肺(結核・肺がん)検診問診

令和6年度豊橋市

※ Preencher este questionário em lápis ou caneta preta, somente quando for realizar o exame em Instituições Médicas. Às pessoas que marcaram a reserva para o Exame Coletivo, será enviado um questionário à parte.

1	Alguma vez, já fez o exame de radiografia do pulmão? (Raio X para detectar Tuberculose e Câncer Pulmonar)	Não	Sim	A última vez foi no ano <input type="text"/>	Nome do local onde fez o exame ()	6	Sintomas	Tem tosse?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim				
				Resultado do exame anterior				<input type="checkbox"/> Não há anormalidade	<input type="checkbox"/> Apresenta anormalidade, mas não necessita de exame pormenorizado.	<input type="checkbox"/> Resultado do exame pormenorizado		<input type="checkbox"/> Resultado do exame pormenorizado	<input type="checkbox"/> Há	<input type="checkbox"/> Não há anormalidade
				Nome da doença ()										
2	Está em tratamento de alguma doença respiratória?	Não	Sim											
3	Já teve alguma doença pulmonar?	Não	Sim	Tive aos <input type="text"/> anos de idade		7	Fumo (Incluindo cigarros aquecidos)	Não fumo	<input type="checkbox"/>	Qual a idade que começou a fumar? Aos <input type="text"/> <input type="text"/> anos	Qual a idade que parou de fumar? Aos <input type="text"/> <input type="text"/> anos			
				Tuberculose				Câncer pulmonar	Pneumonia			Parei de fumar	Quantos cigarros você fuma por dia? <input type="text"/> <input type="text"/> cigarros	
4	Alguém da família (consanguínea) já teve câncer?	Não	Sim	Tuberculose	Câncer pulmonar	Pneumonia		Sou fumante	<input type="checkbox"/>	Quantos cigarros você fuma por dia? <input type="text"/> <input type="text"/> cigarros	Há quantos anos você fuma ou fumava? <input type="text"/> <input type="text"/> anos			
				Pneumoconiose	Pleurisia	Outros ()		8	Às pessoas que fumam	Desejo parar de fumar logo. Desejo parar de fumar algum dia. Não desejo parar de fumar.				
5	Você já trabalhou em algum dos seguintes locais?	Não	Sim	Trabalho de processamento de produtos com asbesto (amianto branco)								9	Está grávida atualmente?	Não • Sim
				Indústria de cerâmica				Indústria metalúrgica	Outros ()					
				Durante <input type="text"/> anos										
											10			
											Altura <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm		Peso <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg	

Questionário do Exame Radiológico do Estômago

Ano Adm. 2024 (R6 Nendo) - Município de Toyohashi

Comparecer em jejum no dia do exame.

胃部エックス線検査用問診

令和6年度豊橋市

※ Aqueles que vão realizar o exame de endoscopia (câmera) do estômago, favor preencher o questionário do exame de endoscopia da instituição médica.

※ Preencher este questionário em lápis ou caneta preta, somente quando for realizar o exame em Instituições Médicas. Às pessoas que marcaram a reserva para o Exame Coletivo, será enviado um questionário à parte.

1	Alguma vez, já fez o exame de câncer de estômago?	Não	Sim	A última vez foi no ano <input type="text"/>		7	Já teve problemas ou passou mal ao tomar a injeção que toma antes de fazer os exames de estômago ou de intestino?	Não	Sim	Sintomas detalhados ()						
				Tipo do exame anterior: Radiografia do estômago • Endoscopia do estômago							Resultado do exame anterior	<input type="checkbox"/> Não há anormalidade	<input type="checkbox"/> Não necessita de exame pormenorizado.	<input type="checkbox"/> Resultado do exame pormenorizado	<input type="checkbox"/> Resultado do exame pormenorizado	<input type="checkbox"/> Há
2	Já teve ou tem alguma das seguintes doenças?	Não	Sim	Câncer de estômago	Úlcera gástrica		8	Apresenta sintomas?	Não	Sim	Dor estomacal (Qdo. está de barriga vazia • Após refeições • Sempre) Dor de barriga Palidez Azia Sensação de comida parada (Na garganta • No peito • Na boca do estômago) Indigestão Estômago pesado Arroto Perda de apetite Acidez estomacal Diarréia Intestino preso Fezes escuras Perda de peso Outros ()					
				Úlcera do duodeno	Pólipo no estômago							Gastroespaço	Gastrite crônica	Outros ()		
3	Já fez cirurgia na região abdominal?	Não	Sim	Nome da doença ()							9	Horário de refeição	Regular	Irregular		
				Tive aos <input type="text"/> anos de idade												
4	Alguém da família (consanguínea) já teve câncer?	Não	Sim	Quem? ()							10	Produtos de preferência	Fumo	Não fumo	Quantos cigarros você fuma por dia? <input type="text"/> cigarros	
				Câncer de estômago									Úlcera gástrica	Pólipo no estômago	Gastrite crônica	Outros ()
5	Já fez exame para detectar infecção de bactéria Helicobacter Pylori?	Não	Sim	Resultado (Positivo • Negativo • Desconhecido)									Bebida alcoólica	Não bebo	Todos os dias • Às vezes • De vez em quando	
				Resultado (Positivo • Negativo • Desconhecido)									Parei de beber	Bebo		
6	Já fez tratamento de infecção de bactéria Helicobacter Pylori?	Não	Sim	A bactéria foi eliminada (Aproximadamente no ano ())									Café	Não bebo	Todos os dias • Às vezes • De vez em quando	
				Não foi possível eliminar a bactéria.									Bebo			
				Não sei o resultado.											11	
															(Somente às mulheres) Está grávida atualmente? Não • Sim	

Endereço 住所	〒		
Nome 氏名	Nome em katakana ()		
Data de nascimento 生年月日	(anos)		
No. do aviso 通知番号	Tipo 種別	24	
Telefone 電話番号			
Taxa do exame 受診料		Gênero 性別	
Local de distribuição dos recipientes das amostras 容器配布場所			
※ O espaço abaixo é para preenchimento da instituição realizadora dos exames. 以下は臨床検査センターにて記入します。			
検査年月日	年	月	日

Favor escrever o número de telefone (de preferência do celular), na lacuna do telefone.
 太枠内に電話番号（主に携帯電話番号）をご記入ください。

Resultado do Exame de Câncer de Intestino Grosso / 大腸がん検診結果	
Informamos o resultado do "Exame de Sangue Oculto nas Fezes" realizado anteriormente. O resultado do seu exame está assinalado abaixo com um círculo (○).	
<input type="checkbox"/>	Sem anormalidades. (Exame de sangue oculto nas fezes: NEGATIVO) 異常なし (潜伏検査 陰性) O resultado deste exame não apresentou anormalidades. Mesmo que não tenha sintomas, recomendamos realizar o exame 1 vez ao ano, porque na maioria dos casos, o câncer não apresenta sintomas na fase inicial.
<input type="checkbox"/>	Necessário fazer exame pormenorizado. (Exame de sangue oculto nas fezes: POSITIVO) 精密検査を要します (潜伏検査 陰性) Como apresentou anormalidade, pedimos que faça um exame pormenorizado na instituição médica de sua preferência. Levar: Este resultado de exame, o envelope e a solicitação de exame pormenorizado anexa e o cartão do seguro de saúde. Como o exame pormenorizado é realizado através do seguro de saúde, a taxa de exame será cobrada. Caso o resultado do exame não chegue ao nosso setor dentro de 3 meses, poderá ocorrer de entrarmos em contato.

<Contato>

Posto de Saúde - Toyohashi Hokenjo (HOIPPU), Setor Kenkou Zoushin-Ka TEL: 0532-39-9136

<Instituição realizadora dos exames>

Toyohashi-shi Ishi-Kai Rinshou Kensa Center TEL: 0532-45-2714

※ Preencher este questionário em lápis ou caneta preta.

1	Alguma vez, já fez o exame de câncer de intestino grosso? (Exame de sangue oculto nas fezes)	Não	Sim	A última vez foi no ano <input type="text"/>	6	O que você gosta de comer?	Carnes · Peixes · Verduras · Outros ()		
				Resultado do exame anterior Não há anormalidade · Necessário fazer exame pormenorizado			〔Resultado do exame pormenorizado〕 Há · Não há anormalidade		
2	Alguém da família (consanguínea) já teve câncer?	Câncer de intestino	Não	Sim	7	Está tomando algum medicamento?	Não	Sim	Nome do(s) medicamento(s) ()
		Outros	Não	Sim			Quem? () Tipo de câncer ()		
3	Como está o estado do intestino?	<ul style="list-style-type: none"> Muito bom Geralmente bom De vez em quando fica ruim Sempre ruim 			8	Produtos de preferência	Fumo	Não fumo	Fumo
		Bebida alcoólica	Não bebo	Bebo					
		Café	Não bebo	Bebo					
4	Tem problemas de hemorróida?	Não	Sim	9					
5	Apresenta algum dos sintomas da direita?	Não	Sim	<ul style="list-style-type: none"> Já tive sangue nas fezes. Ultimamente estou com diarreia. Ultimamente estou com prisão de ventre (intestino preso). 					

Coloque este questionário médico e os recipientes que contém as amostras dentro do envelope, e entregue à instituição médica.

Questionário do Exame de Câncer de Colo do Útero (Papanicolau)

子宮頸がん検診 問診

Ano Adm. 2024 (R6 Nendo) - Município de Toyohashi

令和6年度 豊橋市

Pág. 11

※ Preencher este questionário em lápis ou caneta preta, somente quando for realizar o exame em Instituições Médicas. As pessoas que marcaram a reserva para o Exame Coletivo, será enviado um questionário à parte.

1	Alguma vez, já fez o exame de câncer de colo do útero? (Papanicolau)	Não	Sim	Esta é a <input type="text"/> vez A última vez foi no ano <input type="text"/> Resultado do exame anterior Não há anormalidadeNecessário fazer exame pormenorizado (Resultado do exame pormenorizado Há • Não há anormalidade)	7	Sobre gravidez e parto	Gravidez: <input type="text"/> vezes Parto: <input type="text"/> vezes Último parto aos <input type="text"/> anos Dentre eles: Parto normal <input type="text"/> vezes Cesária <input type="text"/> vezes
2	Atualmente tem, ou já teve no passado, alguma doença na região do colo do útero?	Não	Sim	Em tratamento • Tratamento concluído aprox. no ano <input type="text"/> mês <input type="text"/> Nome da doença ()	8	Alguma vez, já tomou a vacina contra o HPV?	Não Sim Tomei a 1ª dose no ano <input type="text"/> Total de <input type="text"/> doses
3	Alguém da família (consanguínea) já teve câncer?	Não	Sim	Quem? ()	9	Sintomas	Sente dor? Não Sim Cólica menstrual • Dor na parte inferior do ventre • Dor nas costas • Outros Cor (Sangue normal • Sangue claro • Sangue escuro • Outros) Quantidade / Fluxo (Intenso • Moderado • Leve) Desde <input type="text"/> meses atrás (Somente 1 vez • De vez em quando • Sempre) Quando (Após contato sexual • Ao defecar • Ao urinar • Irregular • Outros)
	Câncer de colo do útero			Quem? ()			
4	Atualmente, está utilizando algum dos itens da direita?	Não	Sim	Dispositivo intrauterino (DIU) • Pirula anticoncepcional • Outros hormônios	Nos últimos 6 meses, teve sangramento além da menstruação?	Não	Sim
				Nome da doença ()			
5	Sobre menstruação	Iniciou aos <input type="text"/> anos Terminou aos <input type="text"/> anos Última menstruação desde o mês <input type="text"/> dia <input type="text"/> . Durante <input type="text"/> dias Ciclo regular • irregular Fluxo menstrual (Intenso • Moderado • Leve)		Caso tiver sintomas como sangramento fora do período menstrual, sangramento após a menopausa, etc., não espere o exame preventivo e consulte o médico o quanto antes. 生理（月経）以外の出血や閉経後の出血等自覚症状がある場合は、健診を待たずに医療機関を受診しましょう。			
6	Está grávida atualmente?	Não	Sim	Atualmente estou com <input type="text"/> meses de gravidez			

Questionário do Exame de Câncer de Mama

乳がん検診 問診

Ano Adm. 2024 (R6 Nendo) - Município de Toyohashi

令和6年度 豊橋市

Pág. 13

※ Preencher este questionário em lápis ou caneta preta, somente quando for realizar o exame em Instituições Médicas. As pessoas que marcaram a reserva para o Exame Coletivo, será enviado um questionário à parte.

1	Alguma vez, já fez o exame de câncer de mama?	Não	Sim	Esta é a <input type="text"/> vez A última vez foi no ano <input type="text"/> Tipo do exame anterior: Ecografia • Mamografia Nome do local onde fez o exame anterior () Resultado do exame anterior (Resultado do exame pormenorizado Há • Não há anormalidade (Lado direito • Lado esquerdo)) Não há anormalidadeNecessário fazer exame pormenorizado	10	Sobre menstruação	Iniciou aos <input type="text"/> anos Terminou aos <input type="text"/> anos Última menstruação desde o mês <input type="text"/> dia <input type="text"/> . Durante <input type="text"/> dias. Ciclo regular • irregular
2	Faz autoexame?	Não	Sim	1 vez por mês • Irregularmente	11	Sobre gravidez e parto	Gravidez <input type="text"/> vezes. Estou grávida de <input type="text"/> meses. Há possibilidade de gravidez? (Sim • Não) Parto <input type="text"/> vezes. <input type="text"/> meses pós-parto. 1º parto aos <input type="text"/> anos Aborto <input type="text"/> vezes. Último parto aos <input type="text"/> anos
3	Tem histórico de doença ou cirurgia de glândula mamária?	Não	Sim	Doença • Cirurgia aos <input type="text"/> anos de idade Nome da doença (Lado direito • Lado esquerdo)	12	Já amamentou?	※ Não poderá realizar mamografia, caso tenha amamentado a menos de 6 meses. Não Sim • Estou amamentando atualmente (Leite materno • Misto) • Já amamentei no passado (Leite materno • Misto) Amamentou nos últimos 6 meses? (Não • Sim)
4	Tem histórico de doença ou cirurgia no útero ou ovário?	Não	Sim	Doença • Cirurgia aos <input type="text"/> anos de idade Nome da doença ()	13	Sintomas	Sente dor? Não Sim Lado direito Lado esquerdo (Desde:)
5	Tem histórico de tratamento com hormônio devido a menopausa?	Não	Sim	Período de tratamento: durante <input type="text"/> anos Nome da doença ()			Há presença de nódulo? Não Sim Lado direito Lado esquerdo (Desde:)
6	Tem histórico de tratamento com hormônio devido a ciclo menstrual irregular?	Não	Sim	Período de tratamento: durante <input type="text"/> anos Nome da doença ()			Há deformação no mamilo? Não Sim Lado direito Lado esquerdo (Desde:)
7	Tem histórico de tratamento de radioterapia?	Não	Sim	Período de tratamento: durante <input type="text"/> anos Nome da doença ()	14	Alguém da família (consanguínea) já teve câncer?	Câncer de mama Não Sim Quem? ()
8	Se enquadra ou já se enquadraram em algum dos itens da direita?	Não	Sim	• Uso de marcapasso cardíaco artificial • Implante de Shunt VP (ventriculoperitoneal) • Implante de Catéter Venoso Central/Execução do porto reservatório no peito • Realização de mastoplastia de aumento			Outros Não Sim Quem? () Tipo de câncer ()
9	Tem histórico de câncer ou outras doenças graves?	Não	Sim	Aos <input type="text"/> anos de idade Nome da doença ()	15	Já tomou a vacina contra a COVID-19?	Não Sim Data que tomou a última dose ()
					16	Altura <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm	Peso <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg

Questionário do Exame de Câncer de Próstata (Exame de sangue)

前立腺がん検診 問診

Ano Adm. 2024 (R6 Nendo) - Município de Toyohashi

令和6年度 豊橋市

※ Preencher este questionário em lápis ou caneta preta.

1	Alguma vez, já fez o exame de câncer de próstata?	Não	Sim	A última vez foi no ano <input type="text"/> Nível de PSA do exame anterior <input type="text"/>	
2	Tem histórico de tratamento de doença na próstata?	Não	Sim	Hipertrofia da Próstata · Prostatite	
3	Atualmente, está fazendo algum tratamento de doença de próstata?	Não	Sim	Hipertrofia da Próstata · Prostatite	
4	Alguém da família (consanguínea) já teve câncer?	Câncer de próstata	Não	Sim	Avô · Pai · Irmão
		Câncer de mama	Não	Sim	Quem? ()
		Câncer de ovário	Não	Sim	Avó · Mãe · Irmã
5	Atualmente, tem algum dos sintomas da direita?	Não	Sim	<ul style="list-style-type: none"> • Urina muitas vezes. • Urina muitas vezes à noite. • Demora para urinar. • Não consegue segurar a urina. • Há sensação de desconforto quando urina. 	