

KOKUMIN HOKEN
Seguro Nacional de Saúde

Form fields for personal information: Nº de controle da guia, Nome em Katakana, Idade, Gênero, Data de nascimento, Validade.

Ano Administrativo 2024

Guia do Exame Especifico de Saúde Tokutei Kenkou Shinsa do Kokumin Hoken do Município de Toyohashi

Data de emissão

Leia sem falta a folha anexa: "Comunicado Referente ao Exame Especifico de Saúde-Exame de Saúde (Tokutei Kenkou Shinsa - Kenkou Shinsa) do Ano Administrativo 2024".

Levar:

- Guida do Exame Especifico de Saúde Tokutei Kenkou Shinsa
Algo que comprove que está inscrito no Kokumin Hoken de Toyohashi
Em caso de submissão ao Shuudan Kenshin (Exame de saúde coletivo), ou submissão junto com o Check-up médico Ningen Dokku

Verifique a data de validade acima.

As pessoas que recebem tratamento médico também podem realizar este exame.

Preenchimento da guia de exame:

- Favor preencher os itens de dentro do quadro destacado do verso desta folha.
Em caso de submissão ao exame de saúde coletivo: Preencher somente o número de telefone na respectiva lacuna do verso desta folha.

※ 以下は健診機関で記入します。Os itens abaixo serão preenchidos pela instituição realizadora do exame.

Main examination form with multiple sections: Personal info, Body measurements, Symptoms, Urine test, Detailed exam reasons, Blood pressure, ECG, Vision, and Hospital info.

■ 本人記入欄/Preenchimento próprio (Favor preencher/responder os itens de dentro do quadro destacado)

(ポルトガル語)

Dependendo do caso, pode ocorrer de enviarmos mensagens (SMS) ao seu número de telefone, recomendando a realização do exame de saúde, etc.

Telefone (celular)	-	-	Telefone (residencial)	-	-
Atualmente, está tomando os medicamentos de "a" ~ "c" abaixo?			Marque / na resposta correspondente		
1	a	Remédio para hipertensão arterial (baixar a pressão alta).	<input checked="" type="checkbox"/>	Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
a	2	Remédio para baixar o nível de glicose do sangue ou injeção de insulina.	<input checked="" type="checkbox"/>	Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
3	c	Remédio para baixar o nível de colesterol ou triglicérides.	<input checked="" type="checkbox"/>	Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
4	Já foi diagnosticado com 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 foi diagnosticado com doença cardíaca (angina, infarto do miocárdio, etc.) ou já fez tratamento?		<input checked="" type="checkbox"/>	Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
6	Já foi diagnosticado com doença renal crônica, insuficiência renal, ou realiza algum tratamento (hemodiálise, etc.)?		<input checked="" type="checkbox"/>	Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
7	Já foi diagnosticado com anemia?		<input checked="" type="checkbox"/>	Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
8	É fumante regular? Condição 1: Fumou durante este último mês. Condição 2: Fuma há mais de 6 meses, ou já fumou mais de 100 cigarros até agora.		<input checked="" type="checkbox"/>	①	<input checked="" type="checkbox"/> ② <input checked="" type="checkbox"/> ③
9	Comparando o seu peso atual com o que tinha aos 20 anos, engordou mais de 10kg?		<input checked="" type="checkbox"/>	Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
10	Pratica exercícios físicos por 30 minutos, pelo menos 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 com a mesma equivalência 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	Relacionado a mastigação, 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"/> Devagar
15	Dorme em menos de 2 horas após a janta, 3 ou mais dias por semana?		<input checked="" type="checkbox"/>	Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
16	Costuma tomar bebidas doces ou comer entre as 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	Não faz a refeição matinal (café da manhã), 3 ou mais dias por semana?		<input checked="" type="checkbox"/>	Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
18	Com que frequência consome bebida alcoólica (sakê, aguardente, cerveja, vinho, etc.)? (※ "Parei de beber" refere-se as pessoas que tinham o costume de beber 1 ou mais vezes por mês, e não beberam por mais de 1 ano.)		<input checked="" type="checkbox"/>	Todos os dias	<input checked="" type="checkbox"/> 5 a 6 dias/sem <input checked="" type="checkbox"/> 3 a 4 dias/sem <input checked="" type="checkbox"/> 1 a 2 dias/sem <input checked="" type="checkbox"/> 1 a 3 dias/mês <input checked="" type="checkbox"/> Menos de 1 dia/mês <input checked="" type="checkbox"/> Parei de beber <input checked="" type="checkbox"/> Não bebo
19	Quantidade de bebida alcoólica que consome por dia. Equivale a 1 dose (180ml) de sakê de 15% : 500ml de cerveja de 5%; 110ml de aguardente de 25%; 180ml de vinho de 14%; 60ml de wisky de 43%; 500ml de coquetel Chu-Hai em lata de 5% ou 350ml de 7%.		<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"/> De 3 a 5 doses incompletas <input checked="" type="checkbox"/> Mais de 5 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 e ⑤		<input checked="" type="checkbox"/>	①	<input checked="" type="checkbox"/> ② <input checked="" type="checkbox"/> ③ <input checked="" type="checkbox"/> ④ <input checked="" type="checkbox"/> ⑤
22	Até agora, já recebeu alguma orientação de saúde para melhorar os hábitos cotidianos?		<input checked="" type="checkbox"/>	Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
23	Quando foi a sua última refeição?		<input checked="" type="checkbox"/>	Há menos de 3 horas e meia atrás	<input checked="" type="checkbox"/> De 3 horas e meia a 10 horas atrás <input checked="" type="checkbox"/> Há mais de 10 horas atrás
24	Sintomas atuais		<input checked="" type="checkbox"/>	1. Nenhum	<input checked="" type="checkbox"/> 2. Dor de cabeça <input checked="" type="checkbox"/> 3. Tontura <input checked="" type="checkbox"/> 4. Zumbido no ouvido <input checked="" type="checkbox"/> 5. Dor no peito <input checked="" type="checkbox"/> 6. Palpitação <input checked="" type="checkbox"/> 7. Boca seca <input checked="" type="checkbox"/> 8. Emagrecimento repentino <input checked="" type="checkbox"/> 9. Inchaço <input checked="" type="checkbox"/> 10. Cansaço rápido <input checked="" type="checkbox"/> 11. Dormência nas mãos/pés <input checked="" type="checkbox"/> 12. Outros ()
25	O que levou você a fazer este exame de saúde?		<input checked="" type="checkbox"/>	1. Eu faço todos os anos	<input checked="" type="checkbox"/> 2. Carta / SMS <input checked="" type="checkbox"/> 3. Eventos <input checked="" type="checkbox"/> 4. Vídeo produzido pela prefeitura <input checked="" type="checkbox"/> 5. Panfleto / Pôster <input checked="" type="checkbox"/> 6. Comunicado dos custos médicos <input checked="" type="checkbox"/> 7. Recomendação médica <input checked="" type="checkbox"/> 8. Recomendação de conhecidos <input checked="" type="checkbox"/> 9. Preocupação com a saúde <input checked="" type="checkbox"/> 10. Porque recebi a Guia do exame <input checked="" type="checkbox"/> 11. Outros ()

保	所在地	愛知県豊橋市今橋町1番地
險	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: Posto de Saúde - Toyohashi Hokenjo (HOIPPU)
Setor Kenkou Zoushin-Ka
〒441 - 8539
Toyohashi-shi Nakano-cho Aza Nakahara 100 Banchi
TEL (0532) 39 - 9141 FAX (0532) 38 - 0770