

■本人記入欄/Preenchimento próprio

(Favor preencher/responder os itens de dentro do quadro destacado)

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

Telefone (celular)		Telefone (residencial)	
-		-	
Toma periodicamente os medicamentos de "1" a "3" abaixo?			Marque ☒ na resposta correspondente
1	1	Remédio para hipertensão arterial (para baixar a pressão alta).	☐ Sim ☐ Não
5	2	Remédio para baixar o nível de glicose do sangue, ou injeção de insulina.	☐ Sim ☐ Não
3	3	Remédio para baixar o nível de colesterol ou triglicerídeos.	☐ Sim ☐ Não
4	Já foi diagnosticado com acidente vascular cerebral-AVC (AVC hemorrágico, AVC isquêmico, etc.) ou já fez tratamento?		☐ Sim ☐ Não
5	Já foi diagnosticado com doença cardíaca (angina, infarto do miocárdio, etc.) ou já fez tratamento?		☐ Sim ☐ Não
6	Já foi diagnosticado com doença renal crônica, insuficiência renal, ou realiza algum tratamento (hemodiálise, etc.)?		☐ Sim ☐ Não
7	Já foi diagnosticado com anemia?		☐ Sim ☐ 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.	① Atendo à ambas: condição 1 e condição 2. ② Atendo somente à condição 2. ③ Não sou fumante (Não atendo aos itens ① e ②).	☐ ① ☐ ② ☐ ③
9	Engordou mais de 10kg desde os 20 anos de idade?		☐ Sim ☐ Não
10	Pratica mais de 30 minutos de exercícios físicos, pelo menos 2 vezes por semana, há mais de 1 ano?		☐ Sim ☐ Não
11	Caminha mais de 1 hora por dia ou pratica exercícios físicos com a mesma equivalência em seu cotidiano?		☐ Sim ☐ Não
12	Caminha mais rápido que as pessoas da mesma idade e gênero?		☐ Sim ☐ Não
13	Relacionado à mastigação, em qual item você se enquadra?	① Consigo mastigar e comer 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.	☐ ① ☐ ② ☐ ③
14	Come mais rápido que os outros?		☐ Rápido ☐ Normal ☐ Devagar
15	Costuma dormir dentro de 2 horas após o jantar, 3 ou mais dias por semana?		☐ Sim ☐ Não
16	Costuma tomar bebidas adoçadas ou comer entre as 3 refeições diárias (café da manhã, almoço e jantar)?		☐ Todos os dias ☐ Às vezes ☐ Quase nunca
17	Não toma o café da manhã, 3 ou mais dias por semana?		☐ Sim ☐ Não
18	Com que frequência consome bebida alcoólica (sakê, aguardente, cerveja, vinho, etc.)? (Escolha 1 item.) (※ "Parei de beber" refere-se às pessoas que tinham o costume de beber mais de 1 vez por mês, e deixaram de beber há mais de 1 ano.)		☐ Todos os dias ☐ 5 a 6 dias por semana ☐ 3 a 4 dias por semana ☐ 1 a 2 vezes por semana ☐ 1 a 3 dias por mês ☐ Menos de 1 dia por mês ☐ Parei de beber ☐ Não bebo
19	Qual a quantidade de bebida alcoólica que consome por dia? (Escolha 1 item.) 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 whisky de 43%; 500ml de coquetel Chu-Hai em lata de 5% ou 350ml de 7%. ※ Se não bebe, marque em "Menos de 1 dose".		☐ Menos de 1 dose ☐ 1 a 2 doses ☐ 2 a 3 doses ☐ 3 a 5 doses ☐ Mais que 5 doses
20	O seu sono é suficiente para descansar?		☐ Sim ☐ Não
21	Gostaria de melhorar os hábitos da vida diária como alimentação, exercícios físicos, etc.? Escolha 1 item entre ① e 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 para melhorar (há menos de 6 meses). ⑤ Já estou me empenhando para melhorar (há mais de 7 meses).	☐ ① ☐ ② ☐ ③ ☐ ④ ☐ ⑤
22	Até agora, já recebeu alguma orientação de saúde para melhorar os hábitos cotidianos?		☐ Sim ☐ Não
23	Quando foi a sua última refeição?		☐ Há menos de 3h 30min ☐ De 3h 30min a 10h atrás ☐ Há mais de 10 horas
24	Sintomas atuais	☐ 1. Nenhum ☐ 2. Dor de cabeça ☐ 3. Tontura ☐ 4. Zumbido no ouvido ☐ 5. Dor no peito ☐ 6. Palpitação ☐ 7. Boca seca ☐ 8. Emagrecimento repentino ☐ 9. Inchaço ☐ 10. Cansaço rápido ☐ 11. Dormência nas mãos/pés ☐ 12. Outros ()	
25	Qual foi o motivo de você realizar este exame de saúde? (Múltipla escolha)	☐ 1. Eu faço este exame todos os anos ☐ 2. Recebi o cupom do exame ☐ 3. Recebi uma mensagem (SMS) ou uma carta comunicando ☐ 4. Eu vi informativos em panfleto, pôster, etc. ☐ 5. Por recomendação médica ☐ 6. Por recomendação de pessoas próximas ☐ 7. Porque estou preocupado com a saúde ☐ 8. Para confirmar que estou saudável ☐ 9. Eu assisti um vídeo que promove a realização do exame de saúde ☐ 10. Outros ()	

保 険 者	所 在 地	愛知県豊橋市今橋町 1 番地
	電話番号	0532 - 51 - 2293
	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