

＜検診票翻訳文＞

※Favor apresentar sem falta, o envelope com todo o conteúdo.

| | | | | | | | |
|---|---|------------------|-----|---|---------------------------------|---|---|
| 1 | Já fez exame de câncer pulmonar? | Não | Sim | em que ano fez o último exame? <input type="text"/> ano nome do local onde fez o exame () O resultado do exame médico anterior apresentou anormalidade? (O resultado de exame avançado apresentou anormalidade?) Não/Sim, mas não necessita de exame avançado/Sim e necessita de exame avançado. | 6 | Sintomas: Tem tosse? Não Sim Tem catarro? Não Sim Nos últimos 6 meses teve escarro com sangue? Não Sim | |
| 2 | Está em tratamento de alguma doença respiratória? | Não | Sim | Nome da doença () | | | |
| 3 | Já teve alguma doença pulmonar? | Não | Sim | Tive aos <input type="text"/> anos de idade.(歳) <input type="checkbox"/> Tuberculose <input type="checkbox"/> Câncer no pulmão <input type="checkbox"/> Pneumonia <input type="checkbox"/> Pneumoconiosis <input type="checkbox"/> Pleurisia <input type="checkbox"/> Outros () | 7 | 7 Você fuma? Não fumo <input type="checkbox"/> Parei <input type="checkbox"/> Fumo <input type="checkbox"/> Com que idade começou a fumar? <input type="text"/> anos. (歳) Com que idade parou de fumar? <input type="text"/> anos. (歳) Quantos cigarros você fuma por dia? <input type="text"/> cigarros *Favor preencher mesmo que tenha parado de fumar. Há quantos anos você fuma/fumava? <input type="text"/> anos | |
| 4 | Alguém na família (consanguínea) teve câncer? | Câncer do pulmão | Não | Sim | Quem? () | 8 | Aos fumantes Quero parar imediatamente de fumar <input type="checkbox"/> Quero parar de fumar algum dia <input type="checkbox"/> Não quero parar de fumar <input type="checkbox"/> |
| | | Outros | Não | Sim | Quem? () Tipo de câncer () | | |
| 5 | Você já trabalhou com algum desses tipos de local ou com algum destes tipos de materiais? | Não | Sim | Você já trabalhou em indústria ou com produtos de amianto? Indústria de Cerâmica Indústria Metalúrgica Outros () | 9 | 9 Você está grávida? (Para mulheres) Não Sim | |
| | | Não sei | | Duração <input type="text"/> anos (quantidade de anos que trabalhou) | 10 | 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 | |

※Aqueles que desejarem fazer o exame de endoscopia do estômago, favor preencher o questionário do exame de endoscopia do estômago do estabelecimento médico.

No dia do exame, vir em jejum.

| | | | | | | | |
|---|---|--------------------|-----|--|---------------------------------|--|---|
| 1 | Já fez exame de câncer de estômago? | Não | Sim | em que ano fez o último exame? <input type="text"/> Ano nome do local onde fez o exame () O resultado do exame médico anterior apresentou anormalidade? (O resultado de exame avançado apresentou anormalidade?) Não/Sim, mas não necessita de exame avançado/ Sim e necessita de exame avançado. | 7 | Já teve problemas ou passou mal ao tomar injeção/fazer os exames de estômago ou de intestino? Não Sim | Sintomas apresentados () |
| 2 | Tem ou teve alguma das doenças relacionadas à direita? | Não | Sim | Câncer de estômago Úlcera gástrica Úlcera do duodeno Pólipo no estômago Gastroespaço Gastrite crônica Cálculo biliar Outros () Doenças cardíacas Hipertrofia da próstata Glaucoma Distúrbio da tireóide | 8 | 8 Tem algum desses sintomas? Não Sim | Dor estomacal. (de estômago vazio • após as refeições • sempre) Cólica estomacal. Palidez. Azia. Sente a comida parada. (na garganta • no peito • na boca do estômago) Indigestão. Estômago pesado. Arroto. Não tem apetite. Acidez estomacal. Diarréia. Intestino preso. Fezes escuras. Outros () |
| 3 | Já fez cirurgia no abdômen? | Não | Sim | Nome da doença () Aos <input type="text"/> anos. | | | |
| 4 | Já teve casos de câncer na família (consanguínea)? | Câncer de estômago | Não | Sim | Quem? () | 9 | Horário de alimentação Regular Irregular |
| | | Outros | Não | Sim | Quem? () Tipo de câncer () | | |
| 5 | Já fez exame para detectar a infecção do H. Pylori (Helicobacter Pylori)? | Não • Não sei | Sim | Resultado (Positivo • Negativo • Indeterminado) | 10 | Produtos de sua preferência Cigarro Não fumo Parei de fumar Fumo Bebida Alcoólica Não bebo mais Bebo Café Não bebo mais Bebo | quantos cigarros por dia <input type="text"/> cigarros fazem quantos anos que fuma <input type="text"/> anos * Favor anotar também as pessoas que pararam de fumar todos os dias • às vezes • de vez em quando |
| 6 | Já fez tratamento da infecção do Helicobacter Pylori? | Não • Não sei | Sim | <input type="checkbox"/> Conseguiu eliminar a bactéria (época: aprox. Anos) <input type="checkbox"/> Não conseguiu eliminar as bactérias <input type="checkbox"/> Não sei | 12 | 12 Está grávida? (Somente para mulheres) | Não • Sim |

Favor assinalar ou preencher a sua resposta. Favor usar lápis ou caneta preta

| | | | |
|---------------------------------|---------------------------|----|--|
| 住所 | | | |
| 氏名 | フリガナ() | | |
| 生年月日 | (歳) | | |
| 通知番号 | 種別 | 24 | |
| №. tel. celular №. tel. fixo | | | |
| 検診料 | | 性別 | |
| 容器配布場所 | 実施医療機関 または 肺・胃がん集団検診会場 | | |

※以下は検査センターにて記入します。

| | | | | |
|-------|----|---|---|---|
| 検査年月日 | 平成 | 年 | 月 | 日 |
|-------|----|---|---|---|

※Após chegar o resultado do exame de câncer do intestino grosso, confirmar com o original.

pág. 8.

| | |
|---|---|
| Resultado do exame de câncer do intestino grosso Informamos o resultado do exame de sangue oculto nas fezes realizado a alguns dias. O resultado do seu exame está assinalado abaixo com um círculo (○). | |
| <input type="checkbox"/> | Sem anormalidades. (Exame de sangue oculto nas fezes: NEGATIVO) |
| O resultado deste exame não apresentou anormalidades. A maioria dos casos de câncer detectados na fase inicial não apresenta sintomas. Recomendamos que mesmo que não tenha os sintomas, faça os exames 1 vez ao ano. | |
| <input type="checkbox"/> | (Exame de sangue oculto nas fezes: POSITIVO) |
| Apresentou anormalidades: favor levar o resultado deste exame, a solicitação de consulta enviada no envelope anexo e o cartão de seguro de saúde e fazer um exame pormenorizado na instituição de preferência. Devido aos exames pormenorizados serem realizados pelo seguro de saúde, são pagos. Passado 3 meses, caso o resultado não chegue ao nosso departamento, poderá ocorrer de entrarmos em contato, com as pessoas que não apresentarem o resultado. | |
| O resultado do seu exame está assinalado acima com | |

O resultado do seu exame está assinalado acima com

<Majores Informações>

Município de Toyohashi, Hokenjo, Departamento Kenkou Zousin-Ka. TEL 39-9136 FAX 38-0770

<Estabelecimento para realização dos Exames>

Município de Toyohashi, Ishikai, Rinshou Kensa Center, TEL 45-2714

Favor assinalar ou preencher a sua resposta. Favor usar lápis ou caneta preta

pág. 9.

| | | | | | | | | | | | |
|---|--|---------------------|-----|---|-----|-------------------------|---|----------|------------------|-----|--|
| 1 | Já fez exame de câncer de intestino? | Não | Sim | Em que ano fez o exame? () Nome do local onde fez o exame () O resultado do exame médico anterior apresentou anormalidade? (O resultado de exame avançado apresentou anormalidade?) Sim/Não | 7 | O que gosta de comer? | Carnes · Peixes · Verduras · Outros () | | | | |
| 2 | Fez o exame do estômago junto com o de intestino grosso? | Não | Sim | | 8 | Medicamentos utilizados | Não | Sim | Nome do remédio: | | |
| 3 | Alguém na família (consanguínea) teve câncer? | Câncer do intestino | | Não | Sim | 9 | Produtos de sua preferência: | | | | |
| | | Outros | | Não | Sim | | Cigarro? | Não fuma | Sim | | |
| | | Não | Sim | Quem? () Quem? () Tipo de câncer () | | | Bebida alcoólica? | Não toma | Sim | | |
| | | Não | Sim | 1. Muito bom 2. Razoável 3. Ruim de vez em quando 4. Sempre ruim | 10 | Outros | | Café? | Não toma | Sim | |
| 5 | Tem problemas de hemorróida? | Não | Sim | | | | | | | | |
| 6 | Há algum dos sintomas mencionados à direita? | Não | Sim | Teve sangue nas fezes Ultimamente tem diarreias Ultimamente tem prisão de ventre | | | | | | | |

Colocar este questionário médico e o recipiente dentro do envelope e entregar.

Favor assinalar ou responder. Favor usar lápis ou caneta preta

| | | | | | | | | | |
|---|--|---|-----|--|---|---|-----|-----|---|
| 1 | Já se submeteu ao exame de câncer do útero? | Não | Sim | Esta é a <input type="text"/> vez Ano <input type="text"/> Resultado do útero exame: Normal • Anormalidades [Resultado do exame pormenorizado Com problemas • Sem problemas] | 8 | Já tomou a vacina HPV (vacina contra o câncer do colo do útero)? | Não | Sim | a, vez (Ano <input type="text"/>) Quantidade de doses <input type="text"/> doses |
| 2 | Já teve alguma doença no útero? | Não | Sim | Em tratamento, atualmente. Término do Nome da doença (Ano <input type="text"/> mês <input type="text"/>) | 9 | Fora do período menstrual apresentou sangramento nos últimos 6 meses? | Não | Sim | NO período menstrual • Abaixo do abdômen • Dores lombares • Outros Coloração (sangue normal • sangue claro • sangue escuro • outro) Volume: (excessivo • muito • pouco) Desde <input type="text"/> meses atrás (uma vez • as vezes • sempre) Quando? após contato sexual • ao defecar •) |
| 3 | Tem parentes consanguíneos que tiveram câncer? | Não | Sim | Quem? () Local (Câncer do colo uterino • câncer do endométrio/útero) | (Para as pessoas que farão os exames nas instituições médicas) Após ouvir a explicação do médico, compreendi a necessidade do exame preventivo de câncer do colo do útero bem como o método utilizado, de forma que (concordo • não concordo) em submeter-me ao exame. Data ano/ mês/ dia Assinatura _____ | | | | |
| 3 | | Não | Sim | Quem? () Local () | | | | | |
| 4 | Atualmente, usa alguns dos itens mencionados à direita | Não | Sim | Dispositivo Intra uterino • Pílula • Outros hormônios | | | | | |
| 5 | Sobre ciclo menstrual | 1ª vez aos <input type="text"/> anos. Menopausa aos <input type="text"/> anos. a) Última menstruação a partir de <input type="text"/> meses da <input type="text"/> durante <input type="text"/> dias Menstruação: Regular • Irregular Volume do fluxo menstrual (Intenso • normal • baixo) | | | | | | | |
| 6 | Está gestante | Não | Sim | Gestação de <input type="text"/> meses | | | | | |
| 7 | Sobre Gravidez e Parto | Gravidez <input type="text"/> vezes Último parto aos <input type="text"/> anos (gest) Parto <input type="text"/> vezes Natural Parto <input type="text"/> vezes Cesariana <input type="text"/> vezes | | | | | | | |

Favor assinalar ou responder. Favor usar lápis ou caneta preta

| | | | | | | | | | |
|---|--|-----|-----|--|----|---|---|-----|--|
| 1 | Já fez exame de câncer da mama? | Não | Sim | Esta é a <input type="text"/> vez Última vez no Ano <input type="text"/> - <input type="text"/> (mês) Método de exame: ecografia • mamografia Local do último exame () Resultado do último exame: [Resultado do exame pormenorizado Normal • Anormalidades Com problemas • Sem problemas (direito • esquerdo)] | 10 | Tem ciclo menstrual? | 1ª vez aos <input type="text"/> anos (gest) Menopausa aos <input type="text"/> anos (gest) Última menstruação em <input type="text"/> (mês) <input type="text"/> (dias) <input type="text"/> (horas) Regular Irregular | | |
| 2 | Faz auto-exame | Não | Sim | Às vezes • Examinou todos os meses | 11 | Sobre gravidez e parto | Gravidez <input type="text"/> vezes. Est. grávida de <input type="text"/> meses. Período pós parto <input type="text"/> meses. Parto <input type="text"/> vezes Aborto <input type="text"/> vezes Último parto aos <input type="text"/> anos (gest) | | |
| 3 | Teve alguma doença nas glândulas mamárias ou sofreu alguma cirurgia? | Não | Sim | Doença • cirurgia aos <input type="text"/> anos (歳のとぎ) Nome da doença (Lado direito Lado esquerdo) | 12 | Está amamentando ou já amamentou? | Não | Sim | <input type="checkbox"/> Está amamentando (Leite materno • Misto) <input type="checkbox"/> Amamentou (Leite materno • Misto) Amamentação nos últimos 6 meses (Não • Sim) |
| 4 | Já teve alguma doença ginecológica ou sofreu alguma cirurgia? (Útero • Oário) | Não | Sim | Doença • Cirurgia aos <input type="text"/> anos (歳のとぎ) Nome da doença () | 13 | Informações sobre sintomas: | Sente dor: Não Sim Lado direito Lado esquerdo Tem caroço ou alteração na pele: Não Sim Lado direito Lado esquerdo Alteração na secreção vaginal: Não Sim Lado direito Lado esquerdo | | |
| 5 | Está ou esteve em tratamento à base de hormônio? (Menopausa) | Não | Sim | Período de tratamento durante <input type="text"/> meses Nome da doença () | 14 | Já teve casos de câncer na família (consanguíneos)? | Não | Sim | Câncer da mama Quem? () Outros Quem? () |
| 6 | Está ou esteve em tratamento à base de hormônio? (Irregularidade menstrual) | Não | Sim | Período de tratamento durante <input type="text"/> meses Nome da doença () | 15 | 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 | | |
| 7 | Já se submeteu a algum tipo de radioterapia? | Não | Sim | Período de tratamento durante <input type="text"/> meses Nome da doença () | | | | | |
| 8 | Utiliza marca-passos ou se submeteu à derivação ventrículo peritoneal. Implante de Cateter Venoso Central/Execução do porto reservatório peito, cirurgia de aumento dos seios? | Não | Sim | <input type="checkbox"/> Uso de marca-passos <input type="checkbox"/> Derivação ventrículo peritoneal <input type="checkbox"/> Implante de Cateter Venoso Central/Execução do porto reservatório peito <input type="checkbox"/> Cirurgia de aumento dos seios | | | | | |
| 9 | Atualmente ou no passado, já teve câncer ou outras doenças graves? | Não | Sim | Aos <input type="text"/> anos (歳のとぎ) Nome da doença () | | | | | |



| | | | | | | | | | |
|---|--|--------------|--------------|--|----|---|----------|------|--|
| 1 | Já fez o exame pelo Munic í pio? | Não | Sim | A vez anterior foi no ano <input type="text"/> ano O resultado foi <input type="text"/> Não apresentou anormalidade • Necessário Orientação • Necessário exames pormenorizados • Desconhecido | 8 | Consumo constante | Não fumo | Fumo | |
| | | | | | | Cigarro | | | |
| | | | | | | Bebida alcoólica | Não bebo | Bebo | |
| | | | | | | Café | Não bebo | Bebo | |
| 2 | Atualmente tem dores nos quadris ou na coluna? | Não | Sim | Grau 1. Sintoma incómodos 2. Supportável 3. Necessito de analgésico | 9 | Consome frequentemente comidas instantâneas, biscoitos, refrigerantes, etc.? | Sim | Não | |
| 3 | Sua altura ficou menor? | Acho que não | Acho que sim | | 10 | Consome diariamente alimentos derivados de soja, de leite (leite, iogurte, etc.) | Sim | Não | |
| 4 | Seus quadris e coluna estão ficando tortos? | Acho que não | Acho que sim | | 11 | Pratica exercícios de 3 a 4 vezes por semana? | Sim | Não | |
| 5 | Já teve alguma das doenças a seguir? | Não | Sim | Doença renal Doença no fígado Anormalidade na Dislipidemia Osteoporose Tireoidismo Reumatismo Diabetes Outros () | 12 | Menopausa | Sim | Não | Última menstruação aos () anos de idade |
| 6 | Já se fraturou alguma vez? | Não | Sim | Parte fraturada () Aos <input type="text"/> anos de idade. | 13 | Altura <input type="text"/> <input type="text"/> <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"/> <input type="text"/> kg | | | |
| 7 | Já fez alguma dieta exagerada? | Não | Sim | Aos <input type="text"/> anos de idade, por <input type="text"/> meses O peso foi de <input type="text"/> kg, baixando para <input type="text"/> kg | | | | | |

| Dia / Mês | Local de realização dos exames | Exames que podem ser realizados no mesmo dia | | Dia / Mês | Local de realização dos exames | Exames que podem ser realizados no mesmo dia | |
|---------------|--------------------------------|--|-------------------------|---------------|--------------------------------|--|-------------------------|
| | | Câncer da Mama | Câncer do Colo do Útero | | | Câncer da Mama | Câncer do Colo do Útero |
| 8/ JUN (ter) | Re-spa Toyohashi | - | - | 06/ DEZ (seg) | Shi ni n Bunka Kai kan | - | - |
| 30/ JUN (qua) | I shi naki Chi ku Shi ni nkan | - | - | 17/ DEZ (sex) | Posto de Saúde (HO PFU) | Câncer da Mama | Câncer do Colo do Útero |
| 12/ JUL (seg) | Shi ni n Bunka Kai kan | - | - | 20/ DEZ (seg) | Posto de Saúde (HO PFU) | Câncer da Mama | Câncer do Colo do Útero |
| 06/ AOD (sex) | Posto de Saúde (HO PFU) | Câncer da Mama | Câncer do Colo do Útero | 21/ DEZ (ter) | Posto de Saúde (HO PFU) | Câncer da Mama | Câncer do Colo do Útero |
| 27/ AOD (sex) | Posto de Saúde (HO PFU) | Câncer da Mama | Câncer do Colo do Útero | 24/ DEZ (sex) | Posto de Saúde (HO PFU) | Câncer da Mama | Câncer do Colo do Útero |
| 03/ SET (sex) | Posto de Saúde (HO PFU) | Câncer da Mama | Câncer do Colo do Útero | 11/ JAN (ter) | Posto de Saúde (HO PFU) | Câncer da Mama | Câncer do Colo do Útero |
| 19/ SET (seg) | Shi ni n Bunka Kai kan | - | - | 12/ JAN (qua) | Posto de Saúde (HO PFU) | Câncer da Mama | Câncer do Colo do Útero |
| 25/ OUT (seg) | Posto de Saúde (HO PFU) | Câncer da Mama | Câncer do Colo do Útero | 13/ JAN (qui) | Posto de Saúde (HO PFU) | Câncer da Mama | Câncer do Colo do Útero |
| 08/ NOV (seg) | Shi ni n Bunka Kai kan | - | - | 14/ JAN (sex) | Posto de Saúde (HO PFU) | Câncer da Mama | Câncer do Colo do Útero |
| 22/ NOV (seg) | Shi ni n Bunka Kai kan | - | - | 18/ JAN (ter) | Posto de Saúde (HO PFU) | Câncer da Mama | Câncer do Colo do Útero |
| 26/ NOV (sex) | I shi naki Chi ku Shi ni nkan | - | - | 20/ JAN (qui) | Posto de Saúde (HO PFU) | Câncer da Mama | Câncer do Colo do Útero |
| 01/ DEZ (qua) | Posto de Saúde (HO PFU) | Câncer da Mama | Câncer do Colo do Útero | 21/ JAN (sex) | Posto de Saúde (HO PFU) | Câncer da Mama | Câncer do Colo do Útero |

Favor assinalar ou responder. Favor usar lápis ou caneta preta

| | | | | | |
|---|---|--------------------|-----|---|------------------|
| 1 | Já fez este exame Câncer da próstata? | Não | Sim | <input type="text"/> Anos atrás Número anterior <input type="text"/> | |
| 2 | Tem ou teve alguma das doenças relacionadas à direita? | Não | Sim | Hipertrofia da Próstata • Prostatite | |
| 3 | Está em tratamento de alguma das doenças à direita? | Não | Sim | Hipertrofia da Próstata • Prostatite | |
| 4 | Tem parentes consanguíneos que tiveram câncer? | Câncer da próstata | Não | Sim | Avô • Pai • Irmã |
| | | Câncer da mama | Não | Sim | Avô • Mãe • Irmã |
| | | Câncer de ovário | Não | Sim | Avô • Mãe • Irmã |
| 5 | Atualmente, tem algum dos sintomas mencionados à direita? | Não | Sim | Urina muitas vezes Urina muitas vezes durante a noite Demora para urinar Não consegue segurar a urina Sensação de desconforto após urinar | |

