

※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: Sim/Não) Não/Sim, mas não necessita de exame avançado/Sim e necessita de exame avançado.	6	Sintomas:	Não	Sim		
2	Está em tratamento de alguma doença respiratória?	Não	Sim	Nome da doença ()		Tem tosse?	Não	Sim		
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 ()		Tem catarro?	Não	Sim		
						Nos últimos 6 meses teve escarro com sangue?	Não	Sim		
						Fumas (Incluindo cigarros aquecidos)	Não fumo <input type="checkbox"/> Parou <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? ()					
		Outros	Não	Sim	Quem? () Tipo de câncer ()	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"/>
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 () Duração <input type="text"/> anos (quantidade de anos que trabalhou)	9	Você está grávida? (Para mulheres)	Não	Sim		
		Não sei				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	

Ano Administrativo 2022- Município de Toyohashi Questionário do Exame de Câncer do Estômago Questionário para exame de raio X do estômago

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

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: Sim/Não) 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	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? () Tipo de câncer ()	9	Horário de alimentação	Regular	Irregular
		Outros	Não	Sim					
5	Já fez exame para detectar a infecção do H. Pylori (Helicobacter Pylori)?	Não	Sim	Resultado (Positivo • Negativo • Indeterminado)	10	Produtos de sua preferência	Cigarro Não fumo Parei de fumar Fumo Bebo	quantos cigarros por dia fazem quantos anos que fuma <input type="text"/> cigarros * Favor anotar também as pessoas que pararam de fumar	
		Não sei				Bebida Alcolódica	Bebo	todos os dias • às vezes • de vez em quando	
						Café	Bebo	todos os dias • às vezes • de vez em quando	
6	Já fez tratamento da infecção do Helicobacter Pylori?	Não	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	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	
Nº. tel. celular (Nº. tel. fixo)			
検診料	性別		
Ponto de distribuição do contêiner 容器配布場所	Instituições médicas ou locais de rastreamento médico de grupo 美施医療機関 または 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	令和	年	月	日
-------	----	---	---	---

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

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: Não/Sim, mas não necessita de exame avançado/ Sim e necessita de exame avançado. O resultado de exame avançado apresentou anormalidade: Sim /Não	
2	Fez o exame do estômago junto com o de intestino grosso?	Não	Sim		
3	Alguém na família (consanguínea) teve câncer?	Câncer do intestino	Não	Sim	Quem? () Quem? () Tipo de câncer ()
		Outros	Não	Sim	
4	O estado do estômago e intestino	1. Muito bom 2. Razoável 3. Ruim de vez em quando 4. Sempre ruim			
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	

※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

<Maiores 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

pág. 9.

7	O que gosta de comer?	Carnes • Peixes • Verduras • Outros ()		
8	Medicamentos utilizados	Não	Sim	Nome do remédio:
9	Produtos de sua preferência:	Cigarro?	Não fuma	Sim
		Bebida alcoólica?	Não toma	Sim
		Café?	Não toma	Sim
10	Outros			

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 último exame: <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> Término do Nome da doença (Ano <input type="text"/> mês <input type="text"/>)	9	Informação sobre Sente dores?	Não	Sim	No período menstrual • Abaixo do abdômen • Dores lombares • Outros
3	Tem parentes consanguíneos que tiveram câncer?	Câncer uterino		Quem? () Local (Câncer do colo uterino • Câncer do endométrio/útero)	9	Fora do período menstrual apresentou sangramento nos últimos 6 meses?	Não	Sim	Coroação (sangue normal • sangue claro • sangue escuro • outros) Volume (excessivo • muito • pouco) Desde (uma vez <input type="text"/> as vezes <input type="text"/> sempre) Quando? (após contato sexual • ao defecar •)
		Outros		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 <input type="text"/> dias, durante <input type="text"/> dias Menstruação: Regular • Irregular Volume do fluxo menstrual: (Intenso • normal • baixo)			Se estiver a sentir sintomas tais como hemorragia não menstrual ou hemorragia pós-menopausa, não espere por um check-up para procurar cuidados médicos.				
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, (se) 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"/> (mês) <input type="text"/> Método de exame: ecografia • mamografia Local do último exame () Resultado do último exame: <input type="checkbox"/> Resultado do exame pormenorizado Com problemas • Sem problemas (direito • esquerdo)	10	Tem ciclo menstrual?	1ª vez aos <input type="text"/> anos, (se) Menopausa aos <input type="text"/> anos, (se) Última menstruação em <input type="text"/> (mês) <input type="text"/> (dia) Regular Irregular		
2	Faz auto-exame	Não	Sim	As vezes • Examinou todos os meses	11	Sobre gravidez e parto	Gravidez <input type="text"/> vezes. Está grávida de <input type="text"/> meses. Possibilidade de gravidez: (Não/Sim) Período pós parto <input type="text"/> meses Parto <input type="text"/> vezes 1o. Parto aos <input type="text"/> anos, (se) Aborto <input type="text"/> vezes Último parto aos <input type="text"/> anos, (se)		
3	Teve alguma doença nas glândulas mamárias ou sofreu alguma cirurgia?	Não	Sim	Doença • cirurgia aos <input type="text"/> anos, (se) (se) 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 • Ovario)	Não	Sim	Doença • Cirurgia aos <input type="text"/> anos, (se) (se) Nome da doença ()	13	Informações sobre sintomas:	Sente dor: Lado direito Lado esquerdo (Dor) () Tem caroço ou nódulo: Lado direito Lado esquerdo (Dor) () Alteração de secreção anormal nos seios? Lado direito Lado esquerdo (Dor) ()		
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?	Não	Sim	Câncer da mama Quem? () Outros Quem? () Tipo de câncer ()
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	Novo histórico de vacinação contra o coronavírus	Não	Sim	Data da última vacinação ()
7	Já se submeteu a algum tipo de radioterapia?	Não	Sim	Período de tratamento durante <input type="text"/> meses Nome da doença ()	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		
8	Utiliza marca-passos ou se submeteu à derivação do 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 do 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, (se) (se) Nome da doença ()					

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 • Irmão
		Câncer da mama	Não	Sim	Avó • Mãe • Irmã
		Câncer de ovário	Não	Sim	Avó • Mãe • Irmã
5	Atualmente, tem algum dos sintomas mencionada 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	

pág. 19.

