



A 0 0 9 9 0 0 0 0 0 2 1 0 0 1 A

ポルトガル語サンプル

個人番号

団体番号

団体名

団体住所

フリガナ

氏名

様

①

②

③

④

⑤

所・W・読

健保名

保険者番号

本人

☐

記号

番号

枝番

家族

☐

配偶者

☐

性別

☐男

☐女

生年月日

西暦

年

月

日

雇用年月日

基本	採血	心電図	胸部	胃部	大腸	腹部超音波	眼底	眼圧	呼吸機能	乳	子宮

Por favor preencha a caixa vermelha com um lápis. Por favor, não dobre, manche ou corte o tíquete de consulta, pois ele é processado por máquina.

Ocupação atual (uma coisa principal)

① Processo de produção/trabalho de mão de obra

② Transporte empregos de comunicação

③ Trabalho de serviço

④ Posição de vendas

⑤ Trabalho administrativo

⑥ Equipe de vendas

⑦ Empregos na agricultura, silvicultura e pesca

⑧ Cargo técnico especializado

⑨ Gestão

⑩ Trabalho de segurança

⑪ Estudante/Dona de casa/Desempregado

operações

① Orgânico

atual

passado

☐

☐

② Liderar

atual

passado

☐

☐

③ Poeira

atual

passado

☐

☐

④ Amianto

atual

passado

☐

☐

⑤ Radiação ionizante

atual

passado

☐

☐

⑥ Substâncias químicas específicas

atual

passado

☐

☐

⑦ Trabalho de equipamento de informação (VDT)

atual

passado

☐

☐

⑧ Ferramenta de vibração

atual

passado

☐

☐

⑨ Local de ruído

atual

passado

☐

☐

⑩ Objetos pesados

atual

passado

☐

☐

⑪ cargas pesadas, trabalhos de enfermagem, etc.

atual

passado

☐

☐

Sistema de trabalho

① Turno diurno em tempo integral

② Turno noturno o tempo todo

③ Sistema de turno (turno diurno e noturno)

Média de horas de trabalho por dia (último mês)

① Menos de 6 horas

② Menos de 6 a 8 horas

③ Menos de 8 a 10 horas

④ 10 horas ou mais

Número médio de dias úteis por semana (último mês)

① Menos de 3 dias

② Menos de 3-5 dias

③ 5 dias

④ 6 dias ou mais

Por favor, preencha as informações da pergunta marcadas com ○ (se não marcada com ●, não é necessário preencher)

Para aqueles que podem realizar radiografia de tórax/TC de tórax

Você fez uma radiografia ou tomografia computadorizada de tórax para seu exame de saúde no ano passado?

☐ sim ☐ não

Para aqueles que podem ser submetidos a exames de câncer de cólon (exame de sangue oculto nas fezes)

Você fez algum exame de câncer de cólon (exame de sangue oculto nas fezes ou câmara de cólon) nos últimos 3 anos?

☐ sim ☐ não

Alguém na sua família tem câncer colorretal?

avós pais filhos irmãos

☐ não ☐ Não sei ☐ sim (☐ ☐ ☐ ☐)

Para aqueles que podem ser submetidos a exames de câncer gástrico (bário)

Você já teve sintomas alérgicos durante um teste de bário (urticária, dificuldade em respirar, etc.)?

☐ sim ☐ não ☐ Não sei (Primeira vez)

Incapaz de se submeter ao rastreamento do câncer gástrico

Alguna das seguintes opções se aplica a ①, ②, ③ e ④ daqueles que precisam ter cuidado durante o rastreamento do câncer gástrico na folha anexa (ou no verso)?

☐ sim ☐ não

Você já fez uma cirurgia no esôfago, estômago, duodeno ou intestino grosso?

☐ sim ☐ não

Você fez algum exame de câncer de estômago (bário ou gastroscopia) nos últimos 3 anos?

☐ sim ☐ não

Você já recebeu tratamento de erradicação do Helicobacter pylori no passado?

☐ sim ☐ não ☐ Não sei

Você está atualmente infectado com Helicobacter pylori?

☐ sim ☐ não ☐ Não sei

Teste de estratificação de risco de câncer gástrico (classificação ABC) Para quem pode fazer o teste de pepsinogênio

1

Você tem sintomas estomacais ou outros sintomas digestivos?

☐ sim ☐ não

2

Você está fazendo tratamento (tomando medicação) para úlcera gástrica, úlcera duodenal, esofagite de refluxo, etc.?

☐ sim ☐ não

3

Você está tomando IBPs (inibidores da bomba de prótons ou Takecab) para suprimir a acidez estomacal?

☐ sim ☐ não

4

Você já fez cirurgia gástrica (gastrectomia)?

☐ sim ☐ não

5

Você foi diagnosticado com insuficiência renal crônica?

☐ sim ☐ não

6

Você já recebeu tratamento de erradicação do Helicobacter pylori?

☐ sim ☐ não

7

Você tem histórico de alguma doença que exija uso prolongado de antibióticos (pneumonia, otite média, empiema, etc.)?

☐ sim ☐ não

8

Você foi diagnosticado com imunodeficiência/imunocomprometimento ou está tomando esteróides?

☐ sim ☐ não

※Se você responder “sim” ao questionário acima, o teste não poderá ser realizado porque o teste não pode ser determinado corretamente.

【個人情報の取り扱い】当協会は以下の目的で個人情報を利用いたします。
・健康診断の契約、事前準備、受付、実施、結果作成、確実な納品および事後処置。
・精度管理および公衆衛生向上のための学術的貢献。この目的で個人情報を利用する際は、個人を特定できない対策を講じます。
・受診いただく検査項目は、健康診断を依頼される団体等との契約・取り決めに基づき実施いたします。

Você está tomando os seguintes medicamentos ABC?		sim	não
a. Medicamentos que reduzem a pressão arterial		☐	☐
Medicamentos para baixar o açúcar no sangue ou injeções de insulina		☐	☐
c. Medicamentos para colesterol e triglicerídeos		☐	☐
Alguns médicos já lhe disse que você teve um acidente vascular cerebral (hemorragia cerebral, infarto cerebral, etc.) ou recebeu tratamento?		☐	☐
Alguns médicos já lhe disse que você tem uma doença cardíaca (angina de peito, infarto do miocárdio, arritmia, etc.) ou recebeu tratamento?		☐	☐
Você foi informado por um médico que tem doença renal crônica ou insuficiência renal, ou recebeu tratamento (como diálise artificial)?		☐	☐
Alguns médicos já lhe disse que você tem anemia (incluindo indicações de um médico de check-up		☐	☐
Ganhei mais de 10 kg desde os 20 anos.		☐	☐
Praticar exercícios leves que induzem suor por pelo menos 30 minutos por vez, pelo menos duas vezes por semana, há mais de um ano.		☐	☐
Caminhar ou fazer atividade física equivalente por pelo menos 1 hora por dia na vida diária		☐	☐
Andar mais rápido que outras pessoas da mesma idade		☐	☐
Estou bem descansado durante o sono.		☐	☐
Pular o café da manhã três ou mais vezes por semana		☐	☐
Dormir 2 horas antes de ir para a cama, 3 ou mais dias por semana		☐	☐
Estou tentando passar a maior fome possível		☐	☐
Tento comer mais vegetais e algas marinhas.		☐	☐
Estou evitando sal		☐	☐
Você consome lanches ou bebidas doces além das três refeições: c			
☐ ① todos os dias		☐ ②às vezes	☐ ③ dificilmente ingerido
Quão rápido você come em comparação com outras pessoas?			
☐ ①Rápido		☐ ②Normal	☐ ③lento
Estado ao mastigar alimentos			
☐ ① Posso mastigar e comer qualquer coisa.			
☐ ② Existem áreas de preocupação, como dentes, gengivas e mordida, que podem dificultar a mastigação.			
☐ ③ Quase não mastigado			
Você quer melhorar seus hábitos de vida, como exercícios e hábitos alimentares?			
☐ ① Não tenho intenção de melhorar			
☐ ② Pretendo melhorar (dentro de 6 meses)			
☐ ③ Pretendo melhorar num futuro próximo e estou começando gradualmente (dentro de um mês)			
☐ ④ Já trabalhando em melhorias (dentro de 6 meses)			
☐ ⑤ Já trabalhando em melhorias (mais de 6 meses)			
Você já recebeu orientações específicas de saúde para melhorar seus hábitos de vida?			
☐ ①sim		☐ ②não	

	Diagnosis age	Situation
① Nothing in particular		
③ High blood press		
⑨ Diabetes		
⑧ Dyslipidemia (Abnormalities in Cholesterol and Triglycerides)		
④ Stroke		
⑤ Myocardial infarction Angina pectoris		
⑥ Arrhythmia		
⑬ Chronic kidney disease (Nephritis, Nephrosis, etc.)		
⑭ Chronic renal failure Artificial dialysis		
⑳ Anemia		
② Cancer Part etc ()		
⑩ Hepatitis		
⑪ Gastric ulcer Duodenal ulcer		
⑫ Other Digestive diseases ()		
⑮ Kidney stones Ureteral stones		
⑰ Pulmonary tuberculosis Pleurisy		
⑱ Asthma		
㉑ Hyperuricemia (including Gout)		
㉒ Thyroid disease		
㉓ Other diseases 1 ()		
㉔ Other diseases 2 ()		

☐ ① Fumar※
 (fumo há um mês)

☐ ② Eu fumava※
 (não fumei no último mês)

☐ ③ Não fume
 (exceto ①②)

Média por dia
 8 8 8 cigarro

Duração do fumo
 8 8 ano

※Ter fumado por mais de 6 meses na vida a ou ter fumado um total de 100 cigarros

Você está menstruando? ☐ sim ☐ não

Você está grávida? ☐ grávida ☐ Possibilidade de gravidez ☐ não

※ Incapaz de se submeter a exames de câncer de pulmão/câncer de estômago

☐	① Nada em particular	
☐	② Zumbido em meus ouvidos	
☐	③ tosse e catarro	
☐	④ Aparece expectoração sanguínea (de ntro de 6 meses) → Procure atendimento médico imediato	
☐	⑤ Às vezes, dores de cabeça ou peso	
☐	⑥ tontura ou tontura em pé	
☐	⑦ Dor no peito ou sensação de press ão no peito	
☐	⑧ O pulso pode ser irregular	
☐	⑨ Palpitações e falta de ar	
☐	⑩ dor nas costas	
☐	⑪ Ombros rígidos e severos.	
☐	⑫ Dor ou desconforto no estômago	
☐	⑬ Sem apetite	
☐	⑭ propenso a diarreia	
☐	⑮ Dificuldade frequente para dormir	
☐	⑯ Fadiga e Cansaço	
☐	⑰ Outros (dentro de 10 caracteres)	
	()	

**Frequência de consumo (saquê, shochu, cerveja, li-
cor ocidental, etc.)**

☐ ① Todos os dias	☐ ⑦ Eu parei
☐ ② 5-6 dias por semana	☐ ⑧ Eu não bebo (não posso be- ber)
☐ ③ 3-4 dias por semana	
☐ ④ 1-2 dias por semana	
☐ ⑤ 1 a 3 dias por mês	
☐ ⑥ Menos de 1 dia por mês	

↓

Quantidade de álcool consumi-

☐ ① Menos de 1 xícara
☐ ② Menos de 1-2 xícara
☐ ③ Menos de 2-3 xícaras
☐ ④ Menos de 3-5 xícaras
☐ ⑤ 5 xícara ou mais

1 xícara de saquê (15% de álcool, 180mL)
Cerveja (5% de álcool, 500mL)
Shochu (álcool 25%, 110mL)
Vinho (14% de álcool, 180mL)
Uísque (43% de álcool, 60mL)
Chu-Hi em lata (5% de álcool, 500mL)
Chu-Hi em lata (álcool 7%, 350mL)