

胃がん(内視鏡)検診問診票 Questionário de rastreamento de câncer de estômago

※ Responda com lápis preto no quadrado em negrito./黒の鉛筆で太枠内を記入してください。

Katakana ふりがな			End. 住所	〒			
Nome 氏名							
Data de Nascimento 生年月日	①Meiji/明 Ano/年	②Taisho/大 Mês/月	③Showa/昭 Dia/日生	④Heisei/平 anos 才	Sexo/ 性別	①M/男 ②F/女	Tel 電話
Ocupação/職業	1: Ocupação técnica profissional/専門的技術的職業 2: Ocupação administrativa/管理的職業 3: Escritório/事務 4: Vendas/販売 5: Agricultura, silvicultura e pesca/農林漁業 6: Mineração e pedreiras/採鉱採石 7: Transportação/運輸通信 8: Trabalhadores qualificados no processo de produção e operários/技能工生産工程従事者及び労務作業者 9: Trabalhador de segurança/保安職業従事者 10: Setor de serviços/サービス業 11: Dona de casa/主婦 12: Nenhum/なし 13: Outros/その他						

Questionário: Modo de preencher: Por favor, insira / ou números nos campos aplicáveis.

問診: 記入方法 該当する に / または数字を入れて下さい

1. Quando foi a última vez que você fez um exame de câncer de estômago?

前回到胃がん検診を受けられたのはいつ頃ですか

- ① 1ª vez/初回 ② 1 ano atrás/ 1 年前 ③ 2 anos atrás/ 2 年前
④ 3 anos atrás/ 3 年前 ⑤ Mais de 4 anos atrás/ 4 年以上前 ⑥ Não sei/不明

Resultado do exame anterior/前回の結果は

- ① Sem anormalidade/異常なし ② Necessário exame minucioso/要精密検査
③ Necessário observação/要観察 ④ Não sei/不明

Em caso de necessidade de exame minucioso, fez o exame? 要精密検査の人は、精密検査を受けましたか?

- ① Sim/受けた () hospital/病院
② Não/受けていない ③ Desconhecido/不明

2. Você já fez o exame de Helicobacter pylori?/ピロリ菌の除菌は受けたことがありますか

- ① Sim /はい (Quando/いつ頃 Ano/年 anos 才) ② Não /いいえ ③ Não sei/不明

3. Alguém da sua família (parentes de sangue) já teve câncer de estômago?

家族(血縁)で胃がんにかかった人がいますか

- ① Não/いない ② Avô/祖父 ③ Avó/祖母 ④ Pai/父 ⑤ Mãe/母
⑥ Irmãos(irmãs)/兄弟(姉妹) ⑦ Seu filho(a)/実子 ⑧ Não sei/不明

4. Você teve alguma doença de estômago?/胃の病気をしましたか

- ① Não/しない ② Câncer de estômago/胃がん ③ Pólipo gástrico/胃ポリープ
④ Úlcera gástrica/胃潰瘍 ⑤ Úlcera duodenal/十二指腸潰瘍 ⑥ Não sei/不明

5. Você já fez cirurgia abdominal?/腹部の手術をされましたか

- ① Não/しない ② Fiz/した (anos 才)

Nome da doença/病名 _____

6. Doenças em tratamento/治療中の病気はありますか

- ① Pressão alta/高血圧症 ② Doença cardíaca/心臓病 ③ Outros/その他

7. Você tem dor abdominal?/腹の痛みがありますか

- ① Não/ない ② Dói às vezes/時々痛む ③ Dói com estômago vazio/空腹時に痛む ④ Dói depois de comer/食後に痛む

8. Alergia a drogas/薬剤アレルギー ① Sim/あり ② Não/なし ③ Não sei/不明

Tomando drogas antitrombóticas/抗血栓薬の服用 ① Sim/あり ② Não/なし

Observação: este papel será lido diretamente na máquina e não deve estar dobrado ou sujo.

注意: この用紙は、直接機械に読み込まれますので、曲げたり汚したりしないで下さい。