

Número de cadastro

1 1

Questionário ① ◆Preenchimento obrigatório de todos os itens ◆

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nome da organização

Leitura em katakana

Nome

<Exemplo de preenchimento>

● 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

◆ Sintomas subjetivos: Tem algum sintoma que o(a) incomoda atualmente? Se sim, assinale o sintoma correspondente.

Não

Azia <input type="checkbox"/>	Diarreia <input type="checkbox"/>	Palpitação <input type="checkbox"/>	Tontura <input type="checkbox"/>
Estômago pesado <input type="checkbox"/>	Prisão de ventre <input type="checkbox"/>	Falta de ar <input type="checkbox"/>	Tinido <input type="checkbox"/>
Dor no estômago <input type="checkbox"/>	Pulso irregular <input type="checkbox"/>	Tosse/catarro <input type="checkbox"/>	Sensação de flutuação <input type="checkbox"/>
Sem apetite <input type="checkbox"/>	Dor no peito <input type="checkbox"/>	Dor de cabeça <input type="checkbox"/>	Muito esquecido(a) <input type="checkbox"/>
Dor no baixo-ventre <input type="checkbox"/>	Dor nas articulações <input type="checkbox"/>	Dor nas costas <input type="checkbox"/>	Não lembra as palavras com frequência <input type="checkbox"/>
Sangue nas fezes/fezes pretas <input type="checkbox"/>	Estressado(a) <input type="checkbox"/>		

Concordo com o tratamento de informações pessoais, a sua finalidade de uso etc. desta clínica. (Elas não serão usadas para nenhum outro fim que não seja o relacionado ao exame médico.)

Assinatura

Concorda que os resultados do exame médico sejam relatados ao empregador e à seguradora?

Concorde Não concordo

◆ Somente para mulheres

Está grávida? Não Há possibilidade de estar grávida

Está menstruada? Sim Não

◆ Histórico atual de doença: você realiza consultas médicas (hospital, clínica) de forma regular? (Consulte os códigos dos nomes da doença na folha anexa)

Não * O nome da doença preenchido irá constar no relatório. * Se o espaço para preencher não for suficiente, poderá escrever fora do campo. * Se houver necessidade de escrever o nome de várias doenças, escreva no campo "Nome da doença" ou "Outros".

Nome da doença (sintoma)	Em tratamento médico	Está sob administração de medicamentos	Nome da doença (sintoma)	Em tratamento médico	Está sob administração de medicamentos	Selecione os códigos dos nomes da doença
Hipertensão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doença do sistema circulatório (Doença cardíaca etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nome da doença () 8 8 8
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doença cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nome da doença () 8 8 8
Dislipidemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doença do sistema digestivo (gástrica/hepatobiliar e pancreática/do intestino grosso etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nome da doença () 8 8 8
Gota/hiperuricemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doença sanguínea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nome da doença () 8 8 8
Alergia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doença renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nome da doença () 8 8 8
Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doença urológica (incluindo próstata)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nome da doença () 8 8 8
Diálise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doença respiratória	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nome da doença () 8 8 8
Apneia do sono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doença da tireoide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nome da doença () 8 8 8
Reumatismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doença dos olhos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nome da doença () 8 8 8
* Se realiza consulta médica periódica devido a uma outra doença não listada acima, escreva o seu nome.			Doença ginecológica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nome da doença () 8 8 8

◆ Histórico de doença do passado: Você sofreu de alguma grave doença no passado (incluindo cirurgia)?

Não

Nome da doença

Sim (preencha o campo à direita)

() 8 8 8 () 8 8 8

() 8 8 8 () 8 8 8

◆ Histórico familiar de doença: Há algum familiar seu que sofre de seguintes doenças?

Não

Nome da doença (sintoma)	Avós	Pais	Irmãos
Câncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipertensão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hiperlipidemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Lista de códigos dos nomes da doença para o questionário

* Para que possamos realizar um julgamento correto, utilize os seguintes códigos dos nomes da doença no momento de preencher o questionário.

Classificação	Número	Nome da doença	Classificação	Número	Nome da doença
Doença cerebral	11	Infarto cerebral	Doença respiratória	606	DPOC
	12	Hemorragia cerebral/hemorragia subaracnóidea		607	Asma
	13	Tumor cerebral		608	Câncer de pulmão
	999	* Outros		999	* Outros
Doença sanguínea	101	Anemia	Doença renal/uroológica	701	Nefrite
	102	Policitemia		702	Nefrose
	103	Leucemia		703	Câncer de rim
	999	* Outros		704	Doença renal crônica
Doença dos olhos	201	Glaucoma		705	Doença da próstata
	202	Catarata		706	Câncer de próstata
	999	* Outros		707	Hipertrofia da próstata
Doença da tireoide	301	Hipertireoidismo (doença de Graves)	999	* Outros	
	302	Hipotireoidismo (tireoidite de Hashimoto)	Doença hepática /biliar /pancreática	751	Hepatite viral
	303	Bócio		752	Hepatite
	999	* Outros		753	Fígado gorduroso
Doença do sistema circulatório	401	Arritmia		754	Câncer de fígado
	402	Fibrilação atrial		755	Pedra na vesícula biliar
	403	Infarto do miocárdio		756	Pancreatite
	404	Angina		757	Câncer de pâncreas
	405	Doença valvular do coração	999	* Outros	
	406	Defeito septal	Doença ginecológica	801	Mioma no útero
	407	Hipertrofia cardíaca		802	Doença do ovário
	408	Marca-passo		803	Câncer de útero
	999	* Outros		804	Câncer de mama
Doença do sistema digestivo	501	Úlcera gástrica	999	* Outros	
	502	Úlcera duodenal	Outras doenças	901	Depressão
	503	Esofagite de refluxo		902	Insônia
	504	Gastrite		903	Neuropatia autonômica
	505	Câncer de estômago		999	* Outras doenças mentais
	506	Doença de Crohn		920	Dor nas costas
	507	Colite ulcerosa		921	Hérnia de disco
	508	Síndrome do intestino irritável		999	* Outras doenças ortopédicas
	509	Câncer colorretal		940	Psoríase
	999	* Outros		941	Dermatite atópica
Doença respiratória	601	Pneumonia		999	* Outras doenças dermatológicas
	602	Bronquiectasia	961	Dor de cabeça	
	603	Enfisema pulmonar			
	604	Tuberculose	999	* Outros tipos de câncer	
	605	Pneumotórax	999	* Outros	