



## Questionário clínico - Odontologia 歯科 問診票

Nome do paciente / 患者氏名		Sexo / 性別	<input type="checkbox"/> Masculino / 男 <input type="checkbox"/> Feminino / 女
Data de nascimento / 生年月日	ano / 年    mês / 月    dia / 日	Idade / 年齢	anos / 歳
Endereço / 住所		Idioma / 言語	
Número de telefone / 電話番号		Nacionalidade / 国籍	

Favor marcar os dados que lhe corresponderem. / 当てはまるものにチェックしてください。

### Q1 Onde sente a(s) anormalidade(s)? / どの具合が悪いですか?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cárie / 虫歯           | <input type="checkbox"/> Bochecha / 頬                    |
| <input type="checkbox"/> Dentadura / 入れ歯      | <input type="checkbox"/> Articulações do maxilar / あごの関節 |
| <input type="checkbox"/> Dente do siso / 親知らず | <input type="checkbox"/> Parte inferior do queixo / あごの下 |
| <input type="checkbox"/> Gengiva / 歯ぐき        | <input type="checkbox"/> Oclusão dentária / かみあわせ        |
| <input type="checkbox"/> Língua / 舌           | <input type="checkbox"/> Outros / その他 ( _____ )          |
| <input type="checkbox"/> Lábios / くちびる        |  |

### Q2 Como são estes sintomas? / どのような症状ですか?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Dói / 痛い                | <input type="checkbox"/> A incrustação (material embutido) caiu / つめ物がとれた |
| <input type="checkbox"/> Está inchado / 腫れている    | <input type="checkbox"/> Mau hálito / 口臭                                  |
| <input type="checkbox"/> Está ardendo / しみる      | <input type="checkbox"/> Está seco / 乾く                                   |
| <input type="checkbox"/> Está saindo pus / うみがでる | <input type="checkbox"/> Dificuldade para abrir a boca / 口が開きにくい          |
| <input type="checkbox"/> Está sangrando / 血が出る   | <input type="checkbox"/> Outros / その他 ( _____ )                           |
| <input type="checkbox"/> Está irritado / 荒れている   |   |

### Q3 Desde quando isto acontece? / それはいつからですか?

Desde : \_\_\_\_\_ ano / 年    \_\_\_\_\_ mês / 月    \_\_\_\_\_ dia / 日ごろから

### Q4 Está atualmente em tratamento de alguma doença? / 現在治療している病気はありますか?

- Sim / はい (Nome da doença / 病名 : \_\_\_\_\_ )
- Não / いいえ

### Q5 Já teve alguma doença até agora? / 今までにかかった病気はありますか?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Doenças gastrointestinais / 胃腸の病気 | <input type="checkbox"/> Doenças cerebrais, sistema nervoso / 脳・神経系の病気 |
| <input type="checkbox"/> Doenças do fígado / 肝臓の病気         | <input type="checkbox"/> Câncer / 癌                                    |
| <input type="checkbox"/> Doenças cardíacas / 心臓の病気         | <input type="checkbox"/> Doenças da tireoide / 甲状腺の病気                  |
| <input type="checkbox"/> Doenças renais / 腎臓の病気            | <input type="checkbox"/> Diabetes / 糖尿病                                |
| <input type="checkbox"/> Doenças respiratórias / 呼吸器の病気    | <input type="checkbox"/> Outros / その他 ( _____ )                        |
| <input type="checkbox"/> Doenças do sangue / 血液の病気         |  |

### Q6 Quantos anos tinha quando isto aconteceu? / それは何歳の時ですか?

Idade : \_\_\_\_\_ (anos) / 歳

\*Preencha também o verso onde for necessário. / ※裏面もご記入ください。

**Q7** Está tomando algum medicamento atualmente? / 現在飲んでいる薬はありますか?

- Sim / はい → Favor mostrar se o possui. / 持っていれば見せてください  
 Não / いいえ
- 

**Q8** Tem sintomas alérgicos a remédios ou alimentos? / 薬や食べ物でアレルギーがでますか?

- Sim / はい →  Remédios / 薬  Alimentos / 食べ物  Outros / その他 ( )  
 Não / いいえ
- 

**Q9** Já tomou anestesia? / 麻酔を受けたことがありますか?

- Sim / はい →  Anestesia geral / 全身麻酔  Anestesia local / 局所麻酔  
 Não / いいえ
- 

**Q10** Houve algum problema devido à anestesia? / 麻酔をして何かトラブルがありましたか?

- Sim / はい  
 Não / いいえ
- 

**Q11** Está grávida ou existe a possibilidade de estar grávida? / 妊娠していますか、またその可能性はありますか?

- Sim / はい → \_\_\_\_\_ meses / ヶ月  
 Não sei / わからない  
 Não / いいえ
- 

**Q12** Está amamentando? / 授乳中ですか?

- Sim / はい  
 Não / いいえ
- 

**Q13** Fuma cigarros? / たばこを吸いますか?

- Fumo / 吸う → Atualmente/現在: \_\_\_\_\_ unidades/dia/本/日 Anos de fumante/喫煙歴: \_\_\_\_\_ anos/年  
 Já fumei / 以前吸っていた → No passado/過去: \_\_\_\_\_ unidades/dia/本/日 Anos de fumante/喫煙歴: \_\_\_\_\_ anos/年  
 Não fumo / 吸わない
- 

**Q14** Ingere bebidas alcoólicas? / お酒を飲みますか?

- Sim / はい → \_\_\_\_\_ ml/dia / ml/日  
 Não / いいえ
- 

**Q15** Que tipo de tratamento deseja / 治療に対する希望

- Quero tratar todos os dentes com problemas / 悪いところはすべて治したい  
 Quero tratar somente o dente que está doendo agora / 今痛い歯だけを治したい  
 Posso pagar as despesas médicas mesmo que não sejam cobertas pelo seguro / 自費診療でもかまわない  
 Quero tratar dentro da cobertura do seguro / 保険の範囲内で治したい  
 Gostaria de decidir após a consulta / 相談して決めたい