

< 検診票翻訳文 > ※Favor apresentar sem falta, o envelope com todo o conteúdo.

**Questionário do Exame de Radiografia Pulmonar (Para detectar Tuberculose e Câncer Pulmonar)**  
肺 (結核・肺がん) 検診 問診

Ano Adm. 2025 (R7 Nendo) - Município de Toyohashi  
令和7年度 豊橋市

\* Preencher este questionário em lápis ou caneta preta, somente quando for realizar o exame em Instituições Médicas. Às pessoas que marcaram a reserva para o Exame Coletivo, será enviado um questionário à parte.  
Pessoas com doença pulmonar em tratamento ou em observação não são alvo ao exame.

1	Está em tratamento de alguma doença respiratória?	Não	Sim	Nome da doença ( )	6	Sintomas	Tem tosse?	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	
2	Alguma vez, já fez o exame de radiografia do pulmão? (Raio X para detectar Tuberculose e Câncer Pulmonar)	Não	Sim	A última vez foi no ano <input type="text"/> Nome do local onde fez o exame Resultado do exame anterior ( Resultado do exame pormenorizado ) Não há anormalidade . Apresenta anormalidade, mas não necessita de exame pormenorizado. . Necessário fazer exame pormenorizado ( Há . Não há anormalidade )			Tem catarro?	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	
3	Já teve alguma doença pulmonar?	Não	Sim	Tive aos <input type="text"/> anos de idade Tuberculose      Câncer pulmonar      Pneumonia Pneumoconiose      Pleurisia      Outros ( )			7	Fumo (Incluindo cigarros aquecidos)	Não fumo <input type="checkbox"/>	
4	Alguém da família (consanguínea) já teve câncer?	Não	Sim	Quem? ( )	8	Às pessoas que fumam	Desejo parar de fumar logo.      Desejo parar de fumar algum dia.      Não desejo parar de fumar.			
5	Você já trabalhou em algum dos seguintes locais?	Não • Não sei	Sim	Trabalho de processamento de produtos com asbesto (amianto branco) Indústria de cerâmica Indústria metalúrgica Outros ( )	9	(Somente às mulheres) Está grávida atualmente?	Não      •      Sim			
				Durante <input type="text"/> anos	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			

**Questionário do Exame Radiológico do Estômago**  
胃部エックス線検査用 問診

Ano Adm. 2025 (R7 Nendo) - Município de Toyohashi  
令和7年度 豊橋市

Comparecer em jejum no dia do exame.

\* Aqueles que vão realizar o exame de endoscopia (câmera) do estômago, favor preencher o questionário do exame de endoscopia da instituição médica.

\* Preencher este questionário em lápis ou caneta preta, somente quando for realizar o exame em Instituições Médicas. Às pessoas que marcaram a reserva para o Exame Coletivo, será enviado um questionário à parte.  
Pessoas com doença do estômago em tratamento ou em observação não são alvo ao exame.

1	Já teve ou tem alguma das seguintes doenças?	Não	Sim	Câncer de estômago Úlcera do duodeno Gatroespasmo Cálculo biliar Doenças cardíacas Glaucoma Úlcera gástrica Pólipo no estômago Gastrite crônica Outros ( ) Hipertrofia da próstata Distúrbio da tireóide	6	Já fez exame para detectar infecção de bactéria Helicobacter Pylori?	Não • Não sei	Sim	Resultado ( Positivo • Negativo • Desconhecido )						
2	Alguma vez, já fez o exame de câncer de estômago?	Não	Sim	A última vez foi no ano <input type="text"/> Tipo do exame anterior: Radiografia do estômago • Endoscopia do estômago Resultado do exame anterior ( Resultado do exame pormenorizado ) Não há anormalidade . Não necessita de exame pormenorizado. . Necessário exame pormenorizado ( Há • Não há anormalidade )	7	Já fez tratamento de infecção de bactéria Helicobacter Pylori?	Não • Não sei	Sim	A bactéria foi eliminada (Aproximadamente no ano ) Não foi possível eliminar a bactéria. Não sei o resultado.						
3	Já fez cirurgia na região abdominal?	Não	Sim	Nome da doença ( ) Tive aos <input type="text"/> anos de idade	8	Apresenta sintomas?	Não	Sim	Dor estomacal ( Qdo. está de barriga vazia • Após refeições • Sempre ) Dor de barriga      Palidez      Azia Sensação de comida parada ( Na garganta • No peito • Na boca do estômago ) Indigestão      Estômago pesado      Arroto Perda de apetite      Acidez estomacal Diarréia      Intestino preso      Fezes escuras      Perda de peso Outros ( )						
4	Alguém da família (consanguínea) já teve câncer?	Não	Sim	Quem? ( )					9	Produtos de preferência	Fumo	Não fumo <input type="checkbox"/>	Parei de fumar <input type="checkbox"/>	Sou fumante <input type="checkbox"/>	Quantos cigarros você fuma por dia? <input type="text"/> cigarros Há quantos anos você fuma ou fumava? <input type="text"/> anos * Preencher mesmo que já tenha parado de fumar.
5	Já teve problemas ou passou mal ao tomar a injeção que toma antes de fazer os exames de estômago ou de intestino?	Não	Sim	Sintomas detalhados ( )							Bebida alcoólica	Não bebo <input type="checkbox"/>	Parei de beber <input type="checkbox"/>	Bebo <input type="checkbox"/>	Todos os dias      •      Às vezes      •      De vez em quando
					Café	Não bebo <input type="checkbox"/>	Bebo <input type="checkbox"/>	Todos os dias      •      Às vezes      •      De vez em quando							
					10	(Somente às mulheres) Está grávida atualmente?	Não      •      Sim								

Endereço 住所	〒		
Nome 氏名	Nome em katakana ( )		
Data de nascimento 生年月日	( anos)		
No. do aviso 通知番号		Tipo 種別	24
<b>Telefone 電話番号</b>			
Taxa do exame 受診料		Gênero 性別	
Local de distribuição dos recipientes das amostras 容器配布場所			

\* O espaço abaixo é reservado para preenchimento do Centro de Exames Clínicos.  
以下は臨床検査センターにて記入します。

検査年月日	年	月	日
-------	---	---	---

Favor escrever o número de telefone (de preferência do celular), na lacuna do telefone.

<b>Resultado do Exame de Câncer de Intestino Grosso / 大腸がん検診結果</b> Informamos o resultado do "Exame de Sangue Oculto nas Fezes" realizado anteriormente. O resultado do seu exame está assinalado abaixo com um círculo (○).	
<input type="checkbox"/>	<b>Sem anormalidades. (Exame de sangue oculto nas fezes: NEGATIVO)</b> <b>異常なし (潜伏検査 陰性)</b> O resultado deste exame não apresentou anormalidades. Mesmo que não tenha sintomas, recomendamos realizar o exame 1 vez ao ano, porque na maioria dos casos, o câncer não apresenta sintomas na fase inicial.
<input type="checkbox"/>	<b>Necessário fazer exame pormenorizado. (Exame de sangue oculto nas fezes: POSITIVO)</b> <b>精密検査を要します (潜伏検査 陰性)</b> Como apresentou anormalidade, pedimos que faça um exame pormenorizado na instituição médica de sua preferência. Levar: Este resultado de exame, o envelope e a solicitação de exame pormenorizado anexa e o cartão do seguro de saúde. Como o exame pormenorizado é realizado através do seguro de saúde, a taxa de exame será cobrada. Caso o resultado do exame não chegue ao nosso setor dentro de 3 meses, poderá ocorrer de entrarmos em contato.

<Contato>

Posto de Saúde - Toyohashi Hokenjo (HOIPPU), Setor Kenkou Zoushin-Ka TEL: 0532-39-9136

<Instituição realizadora dos exames>

Toyohashi-shi Ishi-Kai Rinshou Kensa Center TEL: 0532-45-2714

Questionário do Exame de Câncer de Intestino Grosso (Exame de sangue oculto nas fezes)

大腸がん検診 問診

\* Preencher este questionário em lápis ou caneta preta.

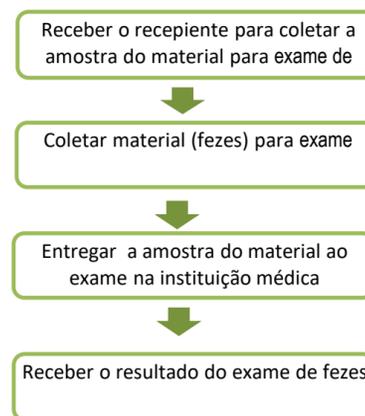
Pessoas com doença no intestino grosso em tratamento ou em observação não são alvo ao exame.

1	Já teve ou atualmente está com doença no intestino grosso?	Não	Sim	Em tratamento 現在治療中 ( ) ano ( ) Nome da doença ( )	
2	Alguma vez, já fez o exame de câncer de intestino grosso? (Exame de sangue oculto nas fezes)	Não	Sim	A última vez foi no ano ( ) Resultado do exame anterior Não há anormalidade / Necessário fazer exame pormenorizado ( Resultado do exame pormenorizado Há / Não há anormalidade )	
3	Alguém da família (consanguínea) já teve câncer?	Câncer de intestino	Não	Sim	Quem? ( )
			Outros	Não	Sim
4	Tem problemas de hemorróida?	Não		Sim	
5	Apresenta algum dos sintomas da direita?	Não	Sim	<ul style="list-style-type: none"> <li>Já tive sangue nas fezes.</li> <li>Ultimamente estou com diarreia.</li> <li>Ultimamente estou com prisão de ventre (intestino preso).</li> </ul>	

Ano Adm. 2025 (R7 Nendo) - Município de Toyohashi

令和7年度 豊橋市

Modo de fazer o exame de câncer de intestino



O exame de câncer de intestino grosso pode ser realizado por instituição médica ou pelo local de exame coletivo.  
Ítems necessários: Guia do Exame de Câncer de Intestino Grosso e a taxa de ¥200 (caso na guia esteja escrito que é pago)

\* Após a coleta do material (fezes) manter na sombra e ambiente fresco, e entregar o mais rápido possível (dentro de 5 dias).

Instituição médica que realiza o exame de câncer de intestino grosso.  
Ítems necessários: Guia do Exame de Câncer de Intestino Grosso e a amostra do material ao exame.

Será enviado por correio pelo Centro de Exames Clínicos da Associação Médica de Toyohashi, instituição médica que realizou o exame.

**Coloque este questionário médico e os recipientes que contém as amostras dentro do envelope, e entregue à instituição médica.**



\* Preencher este questionário em lápis ou caneta preta.

Pessoas com doença na próstata em tratamento ou em observação não são alvo ao exame.

1	Atualmente, está fazendo algum tratamento de doença de próstata?	Não	Sim	Hipertrofia da Próstata · Prostatite	
2	Alguma vez, já fez o exame de câncer de próstata?	Não	Sim	A última vez foi no ano <input type="text"/> Nível de PSA do exame anterior <input type="text"/>	
3	Tem histórico de tratamento de doença na próstata?	Não	Sim	Hipertrofia da Próstata · Prostatite	
4	Alguém da família (consanguínea) já teve câncer?	Câncer de próstata	Não	Sim	Avô · Pai · Irmão
		Câncer de mama	Não	Sim	Quem? ( )
		Câncer de ovário	Não	Sim	Avó · Mãe · Irmã
5	Atualmente, tem algum dos sintomas da direita?	Não	Sim	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Urina muitas vezes.</li> <li>• Urina muitas vezes à noite.</li> <li>• Demora para urinar.</li> <li>• Não consegue segurar a urina.</li> <li>• Há sensação de desconforto quando urina.</li> </ul>	