

< 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 ()			Nos últimos 6 meses, teve catarro com sangue?	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>		
4	Alguém da família (consanguínea) já teve câncer?	Câncer pulmonar	Não	Sim	Quem? ()	7	Fumo (Incluindo cigarros aquecidos)	Não fumo <input type="checkbox"/>	Parei de fumar <input type="checkbox"/>	Sou fumante <input type="checkbox"/>	Qual a idade que começou a fumar? Aos <input type="text"/> <input type="text"/> anos
			Não	Sim	Quem? () Tipo de câncer ()			Qual a idade que parou de fumar? Aos <input type="text"/> <input type="text"/> anos			
5	Você já trabalhou em algum dos seguintes locais?	Não • Não sei	Sim	Trabalho de processamento de produtos com asbesto (amianto branco)	9	(Somente às mulheres) Está grávida atualmente?	Não • Sim				
				Indústria de cerâmica			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		
				Indústria metalúrgica							Quantos cigarros você fuma por dia? <input type="text"/> <input type="text"/> cigarros
				Outros ()						Há quantos anos você fuma ou fumava? <input type="text"/> <input type="text"/> anos	
				Durante <input type="text"/> anos						(* Favor preencher, mesmo que tenha parado de fumar.)	
										Desejo parar de fumar logo. Desejo parar de fumar algum dia. Não desejo parar de fumar.	

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	6	Já fez exame para detectar infecção de bactéria Helicobacter Pylori?	Não • Não sei	Sim	Resultado (Positivo • Negativo • Desconhecido)	
				Úlcera gástrica			Úlcera do duodeno	Pólipos no estômago		
2	Alguma vez, já fez o exame de câncer de estômago?	Não	Sim	Gatroespasmo	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.	
				Cálculo biliar			Doenças cardíacas	Glaucoma		Hipertrofia da próstata
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?	Câncer de estômago	Não	Sim						Quem? ()
			Não	Sim						Quem? () Tipo de câncer ()
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 ()	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.	
				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
Telefone 電話番号			
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.

Resultado do Exame de Câncer de Intestino Grosso / 大腸がん検診結果 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"/>	Sem anormalidades. (Exame de sangue oculto nas fezes: NEGATIVO) 異常なし (潜伏検査 陰性) 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"/>	Necessário fazer exame pormenorizado. (Exame de sangue oculto nas fezes: POSITIVO) 精密検査を要します (潜伏検査 陰性) 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.

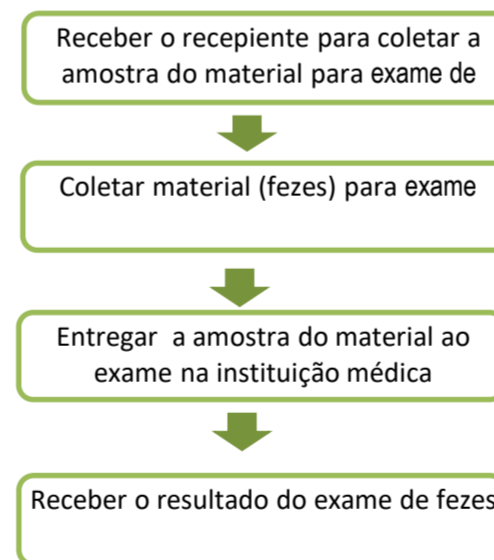
Pessoas com doença no intestino grosso em tratamento ou em observação não são alvo ao exame.

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	Quem? () Tipo de câncer ()
4	Tem problemas de hemorróida?	Não	Sim		
5	Apresenta algum dos sintomas da direita?	Não	Sim	<ul style="list-style-type: none"> Já tive sangue nas fezes. Ultimamente estou com diarreia. Ultimamente estou com prisão de ventre (intestino preso). 	

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.

Questionário do Exame de Câncer de Colo do Útero (Papanicolau)

子宮頸がん検診 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 do cólo do útero em tratamento ou em observação não são alvo ao exame.

1	Atualmente tem, ou já teve no passado, alguma doença na região do colo do útero?	Não	Sim	Em tratamento • Tratamento concluído aprox. no ano <input type="text"/> mês <input type="text"/> Nome da doença ()	7	Está grávida atualmente?	Não	Sim	Atualmente estou com <input type="text"/> semanas			
2	Alguma vez, já fez o exame de câncer de colo do útero? (Papanicolau)	Não	Sim	Esta é a <input type="text"/> vez A última vez foi no ano <input type="text"/> Resultado do exame anterior Nome do local onde fez o exame anterior () Resultado do exame anterior Não há anormalidade • Necessário fazer exame pormenorizado (Resultado do exame pormenorizado Há • Não há anormalidade)	8	Sobre gravidez e parto	Gravidez: <input type="text"/> vezes Parto: <input type="text"/> vezes Último parto aos <input type="text"/> anos Dentre eles: Parto normal <input type="text"/> vezes Cesária <input type="text"/> vezes					
3	Alguém da família (consanguínea) já teve câncer?	Câncer de colo do útero		Não	Sim	Quem? () Tipo de câncer (Câncer de colo do útero • Câncer de corpo do útero)	9	Alguma vez, já tomou a vacina contra o HPV?	Não	Sim	Tomei a 1ª dose no ano <input type="text"/> Total de <input type="text"/> doses	
3		Outros		Não	Sim	Quem? () Tipo de câncer ()	10	Sintomas	Sente dor?	Não	Sim	Cólica menstrual • Dor na parte inferior do ventre • Dor nas costas • Outros
4	Atualmente, está utilizando algum dos itens da direita?	Não	Sim	Dispositivo intrauterino (DIU) • Pírola anticoncepcional • Outros hormônios	Não	Sim			Nos últimos 6 meses, teve sangramento além da menstruação?	Cor (Sangue normal • Sangue claro • Sangue escuro • Outros) Quantidade / Fluxo (Intenso • Moderado • Leve) Desde <input type="text"/> meses atrás (Somente 1 vez • De vez em quando • Sempre) Quando (Após contato sexual • Ao defecar • Ao urinar • Irregular • Outros)		
5	Sobre menstruação	Iniciou aos <input type="text"/> anos Terminou aos <input type="text"/> anos		Última menstruação desde o mês <input type="text"/> dia <input type="text"/> . Durante <input type="text"/> dias Ciclo regular • irregular Fluxo menstrual (Intenso • Moderado • Leve)		Caso tiver sintomas como sangramento fora do período menstrual, sangramento após a menopausa, etc., não espere o exame preventivo e consulte o médico o quanto antes.						
6	Já teve experiência sexual?	Sim		Não								

Questionário do Exame de Câncer de Mama

乳がん検診 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 na mama em tratamento ou em observação não são alvo ao exame.

1	Doença Mamária/Cirurgia	Não	Sim	Doença • Cirurgia aos <input type="text"/> anos de idade Nome da doença (Lado direito • Lado esquerdo)	9	Tem histórico de câncer ou outras doenças graves?	Não	Sim	Aos <input type="text"/> anos de idade Nome da doença ()	
2	Alguma vez, já fez o exame de câncer de mama?	Não	Sim	Esta é a <input type="text"/> vez A última vez foi no ano <input type="text"/> Tipo do exame anterior: Ecografia • Mamografia Nome do local onde fez o exame anterior () Resultado do exame anterior Resultado do exame pormenorizado (Resultado do exame pormenorizado Há • Não há anormalidade (Lado direito • Lado esquerdo)) Não há anormalidade • Necessário fazer exame pormenorizado	10	Sobre menstruação	Iniciou aos <input type="text"/> anos Terminou aos <input type="text"/> anos Última menstruação desde o mês <input type="text"/> dia <input type="text"/> . Durante <input type="text"/> dias. Ciclo regular • irregular			
3	Faz autoexame?	Não	Sim	1 vez por mês • Irregularmente	11	Sobre gravidez e parto	Gravidez <input type="text"/> vezes. Estou grávida de <input type="text"/> meses. Há possibilidade de gravidez? (Sim • Não) Parto <input type="text"/> vezes. <input type="text"/> meses pós-parto. 1º parto aos <input type="text"/> anos Aborto <input type="text"/> vezes. Último parto aos <input type="text"/> anos			
4	Tem histórico de doença ou cirurgia de glândula mamária?	Não	Sim	Doença • Cirurgia aos <input type="text"/> anos de idade Nome da doença ()	12	Já amamentou?	Não	Sim	• Estou amamentando atualmente (Leite materno • Misto) • Já amamentei no passado (Leite materno • Misto) Amamentou nos últimos 6 meses? (Não • Sim)	
5	Tem histórico de tratamento com hormônio devido a menopausa?	Não	Sim	Período de tratamento: durante <input type="text"/> anos Nome da doença ()	13	Sintomas	Sente dor?	Não	Sim	Lado direito Lado esquerdo (Desde:)
6	Tem histórico de tratamento com hormônio devido a ciclo menstrual irregular?	Não	Sim	Período de tratamento: durante <input type="text"/> anos Nome da doença ()			Há presença de nódulo?	Não	Sim	Lado direito Lado esquerdo (Desde:)
7	Tem histórico de tratamento de radioterapia?	Não	Sim	Período de tratamento: durante <input type="text"/> anos Nome da doença ()			Há deformação no mamilo?	Não	Sim	Lado direito Lado esquerdo (Desde:)
8	Se enquadra ou já se enquadrou em algum dos itens da direita?	Não	Sim	• Uso de marcapasso cardíaco artificial • Implante de Shunt VP (ventriculoperitoneal) • Implante de Catéter Venoso Central/Execução do porto reservatório no peito • Realização de mamoplastia de aumento			Há secreção pelo mamilo?	Não	Sim	Lado direito Lado esquerdo (Desde:)
		Alguém da família (consanguínea) já teve câncer?		Câncer de mama		Não	Sim	Quem? ()		
		Outros		Não	Sim	Quem? () Tipo de câncer ()				

* 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"> • Urina muitas vezes. • Urina muitas vezes à noite. • Demora para urinar. • Não consegue segurar a urina. • Há sensação de desconforto quando urina. 	