

< 受診券翻訳文 > ※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)検査問診

Ano Adm. 2026 (R8 Nendo) - Município de Toyohashi

令和8年度豊橋市

\* Preencher este questionário a lápis ou caneta preta, somente quando for realizar o exame em Instituição Médica. Às pessoas que fizeram a reserva para o Exame Coletivo, será enviado um questionário à parte. Pessoas que estão em observação ou recebendo tratamento de doença pulmonar, não são alvo deste exame.

1	Está em tratamento de alguma doença respiratória?		Não	Sim	Nome da doença ( )	6	Sintomas	Tem tosse?	1 <input checked="" type="checkbox"/> Não	2 <input checked="" type="checkbox"/> Sim	
2	Já teve alguma doença pulmonar?		Não	Sim	Tive aos [ ] anos de idade Tuberculose      Câncer pulmonar      Pneumonia Pneumoconiose      Pleurisia      Outros ( )			Tem catarro?	1 <input checked="" type="checkbox"/> Não	2 <input checked="" type="checkbox"/> Sim	
				A última vez foi no ano [ ]      Nome do local onde fez o exame				Nos últimos 6 meses, teve catarro com sangue?	1 <input checked="" type="checkbox"/> Não	2 <input checked="" type="checkbox"/> Sim	
3	Alguma vez, já fez o exame de radiografia do pulmão? (Raio X para detectar Tuberculose e Câncer Pulmonar)		Não	Sim	Resultado do exame anterior ( ) Nome do local onde fez o exame ( ) Não há anomalia. Apresenta anomalia, mas não necessita de exame detalhado.      Necessário fazer exame detalhado.      Resultado do exame detalhado ( Há • Não há anomalia )	7	Fumo (Incluindo cigarros aquecidos)	Não fumo	1 <input checked="" type="checkbox"/>	Qual a idade que começou a fumar?      Aos [ ] [ ] anos Qual a idade que parou de fumar?      Aos [ ] [ ] anos Quantos cigarros você fuma por dia?      [ ] [ ] cigarros (* Favor preencher, mesmo que tenha parado de fumar.) Há quantos anos você fuma ou fumava?      [ ] [ ] anos	
4	Alguém da família (consanguínea) já teve câncer?	Câncer pulmonar	Não	Sim	Quem? ( )			Parei de fumar	2 <input checked="" type="checkbox"/>		Sou fumante
						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 [ ] anos		10	Altura [ ] [ ] [ ] [ ] cm	Peso [ ] [ ] [ ] [ ] kg			

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 do kit de coleta das amostras 容器配布場所	<b>Em Instituição Médica ou local de Exame Coletivo</b> Ver o site da prefeitura de Toyohashi ou a programação dos Exames Coletivos <b>医療機関または集団検診会場</b> 豊橋市のホームページまたは集団検診日程表を参照		

\* 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 a lápis ou caneta preta (de preferência do celular), na lacuna do telefone.

<b>Resultado do Exame de Câncer de Intestino Grosso / 大腸がん検診結果報告</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 (便潜血検査 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 detalhado. (Exame de sangue oculto nas fezes: POSITIVO)</b> <b>精密検査を要します (便潜血検査 陽性)</b> Como apresentou anormalidade, pedimos que faça um exame detalhado na instituição médica da lista da folha anexa. Levar: - Este resultado do exame de câncer de intestino grosso. - Envelope e a solicitação de exame detalhado anexo. - Cartão do My Number coligado com o seguro de saúde ou Comprovante do seguro de saúde. - Caderneta de medicação (quem tiver). ※ Como o exame detalhado 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  
 <Instituição realizadora dos exames> Toyohashi-shi Ishi-Kai Rinshou Kensa Center

TEL: 0532-39-9136  
 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**

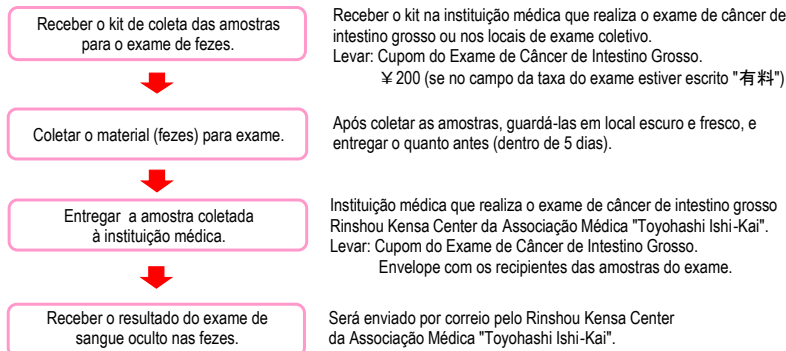
\* Preencher este questionário a lápis ou caneta preta.

Pessoas que estão em observação ou recebendo tratamento de doença do intestino grosso, não são alvo deste exame.

1	Já teve ou atualmente está com doença do intestino grosso?	Não	Sim	Estou em tratamento. Está previsto finalizar o tratamento no 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 detalhado      Resultado do exame detalhado ( ) Há      Não há anormalidade	
3	Apresenta algum dos sintomas da direita?	Não	Sim	• Já tive sangue nas fezes. • Ultimamente estou com diarreia. • Ultimamente estou com prisão de ventre (intestino preso).	
4	Tem problemas de hemorróida?	Não	Sim		
5	Alguém da família (consanguínea) já teve câncer?	Câncer de intestino grosso	Não	Sim	Quem? ( )
		Outros	Não	Sim	Quem? ( ) Tipo de câncer ( )

Ano Adm. 2026 (R8 Nendo) - Município de Toyohashi  
 令和8年度 豊橋市

**Modo de realizar o exame de câncer de intestino grosso:**



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

胃部エックス線検査用 問診

令和8年度 豊橋市

※ 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 a lápis ou caneta preta, somente quando for realizar o exame em Instituição Médica. As pessoas que marcaram a reserva para o Exame Coletivo, será enviado um questionário à parte.

Pessoas que estão em observação ou recebendo tratamento de doença do estômago, não são alvo deste exame.

1	Já teve ou tem alguma das seguintes doenças?	Não	Sim	Câncer de estômago	Úlcera gástrica	4	Já fez exame para detectar infecção de bactéria Helicobacter Pylori?	Não • Não sei	Sim	Resultado ( Positivo • Negativo • Desconhecido )	
				Úlcera do duodeno	Pólipo no estômago						5
Gatroespasmo	Gastrite crônica	6	Já fez cirurgia na região abdominal?	Não	Sim	Nome da doença ( ) Tive aos [ ] anos de idade					
Cálculo biliar	Outros ( )						7	Alguém da família (consanguínea) já teve câncer?	Câncer de estômago	Não	Sim
Doenças cardíacas	Hipertrofia da próstata	8	Alguém da família (consanguínea) já teve câncer?	Outros	Não	Sim					
Glaucoma	Distúrbio da tireóide						8		(Somente às mulheres) Está grávida atualmente?		Não • Sim
2	Alguma vez, já fez o exame de câncer de estômago?	Não	Sim	A última vez foi no ano [ ]	Resultado do exame anterior Não há anormalidade • <input type="checkbox"/> Necessário fazer exame detalhado	7	Alguém da família (consanguínea) já teve câncer?	Câncer de estômago	Não	Sim	Quem? ( )
				<input type="checkbox"/> Radiografia do estômago (com contraste de bário) <input type="checkbox"/> Endoscopia do estômago (câmera)							
3	Apresenta sintomas?	Não	Sim	<input type="checkbox"/> Sensação de comida parada <input type="checkbox"/> Ânsia de vômito <input type="checkbox"/> Dor de barriga <input type="checkbox"/> Sensação de barriga estufada <input type="checkbox"/> Vomitar sangue • evacuar sangue <input type="checkbox"/> Outros ( )	8		(Somente às mulheres) Está grávida atualmente?		Não • Sim		

子宮頸がん検診 問診

令和8年度 豊橋市

\* Preencher este questionário a lápis ou caneta preta, somente quando for realizar o exame em Instituição Médica. As pessoas que marcaram a reserva para o Exame Coletivo, será enviado um questionário à parte.

Pessoas que estão em observação ou recebendo tratamento de doença do colo do útero, não são alvo deste 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 [ ] mês [ ]	5	Alguma vez, já tomou a vacina contra o HPV?	Não	Sim	Tomei a 1ª dose no ano [ ]	Total de [ ] doses
				Nome da doença ( )						
2	Alguma vez, já fez o exame de câncer de colo do útero? ( Papanicolau )	Não	Sim	Esta é a [ ] vez	A última vez foi no ano [ ]	7	Está grávida atualmente?	Não	Sim*	Atualmente estou com [ ] semanas de gravidez. * Gestantes não se enquadram no perfil para realizar este exame porque este exame está incluído no exame de saúde para gestantes.
				Resultado do exame anterior:	Não há anormalidade • <input type="checkbox"/> Necessário fazer exame detalhado					
3	Sintomas Sente dor? Nos últimos 6 meses, teve sangramento além da menstruação?	Não	Sim	Cólica menstrual • Dor na parte inferior do ventre • Dor nas costas • Outros	9	Atualmente, está utilizando algum dos itens da direita?	Não	Sim	Dispositivo intrauterino (DIU) • Pírua anticoncepcional • Outros hormônios	
				Cor (Sangue normal • Sangue claro • Sangue escuro • Outros)						10
Quantidade / Fluxo ( Intenso • Moderado • Leve )	Outros	Não	Sim	Quem? ( ) Tipo de câncer ( )						
Desde [ ] meses atrás ( Somente 1 vez • De vez em quando • Sempre )					4		Sobre menstruação		Iniciou aos [ ] anos Terminou aos [ ] anos	
<p><b>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.</b></p>										

乳がん検診 問診

令和8年度 豊橋市

\* Preencher este questionário a lápis ou caneta preta, somente quando for realizar o exame em Instituição Médica. As pessoas que marcaram a reserva para o Exame Coletivo, será enviado um questionário à parte.

Pessoas que estão em observação ou recebendo tratamento de doenças mamárias, não são alvo deste exame.

\* Gestantes (inclui quando há a possibilidade de estar grávida), mulheres que estão amamentando ou deixaram de amamentar há menos de 6 meses, ou que se enquadram no conteúdo do item 8, não podem realizar a mamografia.

1	Atualmente tem, ou já teve no passado, alguma doença mamária?	Não	Sim	· Câncer da mama · Displasia mamária · Outros ( ) Já fez operação cirúrgica? Não · Sim	4	Tem menstruação?	Não	Sim	Terminou aos [ ] anos Última menstruação: desde o mês [ ] dia [ ] . Durante [ ] dias.
					5	Sobre gravidez e parto	Está grávida atualmente? ( Não · Sim ) Gravidez: [ ] vezes. Parto: [ ] vezes.		
2	Alguma vez, já fez o exame de câncer de mama?	Não	Sim	A última vez foi no ano [ ] Resultado do exame anterior: Não há anormalidade · Necessário fazer exame detalhado	6	Está amamentando atualmente?	Não	Sim	[ ] meses pós-parto.
					7	Alguém da família (consanguínea) já teve câncer?	Não	Sim	Quem? ( )
3	Sintomas	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
					Sente dor?	Lado direito Lado esquerdo ( Desde: )			
					Tem nódulo?	Lado direito Lado esquerdo ( Desde: )			
	Outros ( )	Não	Sim	Lado direito Lado esquerdo ( Desde: )					


前立腺がん検診 問診

令和8年度 豊橋市

\* Preencher este questionário a lápis ou caneta preta.

Pessoas que estão em observação ou recebendo tratamento de doença na próstata, não são alvo deste exame.

1	Já teve doença na 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 [ ] Nível de PSA do exame anterior [ ]	
3	Atualmente, tem algum dos sintomas da direita?	Não	Sim	· Urina muitas vezes · Urina muitas vezes à noite · Demora para urinar · Não consegue segurar a urina · Há sensação de desconforto quando urina	
4	Alguém da família (consanguínea) já teve câncer?	Câncer de próstata	Não	Sim	Avô · Pai · Irmão
		Câncer de Intestino	Não	Sim	Quem? ( )
		Câncer de mama	Não	Sim	Quem? ( )
		Câncer de ovário	Não	Sim	Avó · Mãe · Irmã

Endereço 住所				
Nome 氏名	Nome em katakana ( )			
Data de nascimento 生年月日	( anos)			
No. do aviso 通知番号				
<b>Telefone 電話番号</b>				
Taxa do exame 受診料	<b>Gratuito</b>	Gênero 性別		
Local do exame 受診場所	Lista das Instituições médicas que realizam os Exames da Hepatite Viral Ver o site da prefeitura de Toyohashi.			
	※ Não é possível realizar os exames apresentando este cupom no Posto de Saúde de Toyohashi (HOIPPU).			
Cód. do hospital 医院コード	<input type="text"/>	Data do exame 検査月日	<input type="text"/> ano <input type="text"/> mês <input type="text"/> dia	
Nome do Hospital 医院名				

Favor escrever o número de telefone a lápis ou caneta preta (de preferência do celular), na lacuna do telefone.

Tipo 種別	<input checked="" type="checkbox"/> Realizar junto com o exame de saúde Tokutei Kenkou Shinsa 特定健診と同時	<input checked="" type="checkbox"/> Exame de sangue avulso 単独実施
------------	--	--

**O que é Hepatite Viral?**

É uma doença do fígado causado pelo vírus da hepatite, que danifica as células hepáticas. Esta doença resulta à perda gradativa das funções do fígado.

**Qual é o objetivo de realizar o Exame de Hepatite Viral?**

Mesmo contagiando o vírus da Hepatite B ou Hepatite C, como o fígado é considerado um "órgão silencioso", raramente apresenta sintomas. Ocorrendo assim da infecção avançar para hepatite crônica, cirrose ou chegar a desenvolver câncer do fígado, sem perceber. Este exame tem como objetivo, descobrir a doença em fase inicial e realizar o tratamento o quanto antes.

**Qual a quantidade de pessoas com Hepatite Viral no Japão?**

É estimado que há cerca de 1,100,000 pessoas infectadas pelo vírus da hepatite B e cerca de 900, 000 pessoas pelo vírus da hepatite C. Porém, como na maioria dos casos não apresenta sintomas, muitos nem sabem que estão infectados.

**Pessoas seguradas no Seguro Nacional de Saúde "Kokumin Kenkou Hoken" ou Sistema de Saúde para Idosos de Idade Avançada "Kouki Koureisha Iryou Seido" de Toyohashi.**

Recomendamos realizar este exame junto com o exame de saúde Tokutei Kenkou Shinsa, nas instituições médicas do município de Toyohashi.

Você está ciente do objetivo do Exame de Hepatite Viral, etc. (inclui os conteúdo do verso) e deseja realizar o exame?		Desejo realizar	·	Não desejo realizar
Nome				

1	Já teve doença do fígado ou lhe foi dito que a função do fígado está ruim?	Sim	·	Não
2	Há previsão de realizar o exame de Hepatite Viral por outro exame de saúde?	Sim	·	Não
3	Já realizou alguma vez o teste de Hepatite B e/ou Hepatite C?	Sim	·	Não
4	Atualmente está recebendo tratamento para Hepatite B e/ou Hepatite C?	Sim	·	Não

\* As pessoas que responderam "Sim" em um dos itens 2, 3 ou 4, não se enquadram no perfil para realizar este exame. Mas mesmo que tenha respondido "Sim" no item 3, passará a se enquadrar no perfil se a função hepática do exame de saúde deste ano adm. tiver acusado anormalidade.

**Quem precisa realizar este exame?**

- A hepatite viral é transmitida pelo contato com sangue e fluidos corporais
- Pessoas que receberam transfusão de sangue ou fizeram uma operação cirúrgica grave.
- Pessoas que compartilharam a mesma seringa com uma pessoa infectada.
- Pessoas que tocaram com a mão machucada, o sangue de uma pessoa infectada.
- Pessoas que tiveram relação sexual com uma pessoa infectada.
- Pessoa que têm tatuagem ou piercing.
- etc.

**Como é o exame de Hepatite Viral?**

É realizado um exame de sangue.  
 Exame de vírus de hepatite B (antígeno HBs)  
 Exame de vírus de hepatite C (anticorpo HCV)  
 (Dependendo do resultado do exame, será realizado o exame NAT HCV.)  
**【Atenção】**  
 Mesmo contagiando a doença, demora cerca de 3 meses para acusar no teste, portanto deve-se considerar esse intervalo para realizar o exame.  
 Pelo hemograma (exame de sangue) realizado nos exames de saúde padrão, não é possível detectar se está ou não infectado pelo vírus da hepatite.

**O que fazer quando descobrir que tem Hepatite Viral?**

Consulte uma instituição médica especializada em doenças hepáticas para realizar um exame detalhado. Dependendo do caso, poderá receber ajuda de custo para realizar os exames detalhados.  
 Maiores informações, favor consultar a instituição médica quando for receber o resultado do exame, ou contatar o Posto de Saúde - Toyohashi Hokenjo (HOIPPU), setor Kenkou Zoushin-Ka ( ☎ 0532-39-9136).

< 受診券翻訳文 >

※Favor apresentar sem falta, o envelope com todo o conteúdo.

Questionário do Exame Oftalmológico  
眼科検診票

Ano Administrativo 2026 (R8) - Município de Toyohashi  
令和8年度 (2026年) 豊橋市

Pág. 23

As pessoas que recebem tratamento médico ou realizam os mesmos exames periodicamente, não são alvo deste exame.

1	Tem ou já teve alguma das doenças discriminadas na direita?	Não	Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Catarata	<input checked="" type="checkbox"/> Glaucoma	<input checked="" type="checkbox"/> Degeneração macular	<input checked="" type="checkbox"/> Outros ( )
		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Pressão alta	<input checked="" type="checkbox"/> Diabete	<input checked="" type="checkbox"/> Doença hepática (fígado)	<input checked="" type="checkbox"/> Doença cardíaca (coração)
				<input checked="" type="checkbox"/> Dislipidemia	<input checked="" type="checkbox"/> Doença renal (rim)	<input checked="" type="checkbox"/> Alergia	<input checked="" type="checkbox"/> Colagenose
2	Tem sintomas?	Não	Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Visão embaçada · Dificuldade de enxergar	<input checked="" type="checkbox"/> Sente a luz extremamente ofuscante · Enxerga algo como um arco-íris		
		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Campo de visão estreita · Esbarra fácil nas coisas	<input checked="" type="checkbox"/> Enxerga algo como ciscos ou mosquitos		
				<input checked="" type="checkbox"/> Enxerga as coisas contorcidas · O centro da visão fica escurecido	<input checked="" type="checkbox"/> Recebeu diagnóstico de diabete, mas não vai ao oftalmologista há mais de um ano.		

● Cuidados necessários

- É necessário agendar a consulta diretamente com a instituição médica.