



Como preencher o questionário médico: Use um lápis como mostrado modelo à direita.

Selecione a opção apropriada para cada um dos itens a seguir.

Histórico médico atual/histórico passado

Tomando medicação atualmente

Diagnóstico médico/Confirmação de medicamento em tratamento

- Medicamentos para abaixar a pressão arterial
Medicamentos para baixar a glicose ou injeções de insulina
Medicamento para baixar o colesterol ou triglicerídeos

*Se está em tratamento para (hipertensão), (doença lipídica) ou (diabetes) e não está tomando medicação, preencha as informações em "Outros*2" em "Confirmação de histórico médico atual/histórico passado" abaixo.

Em tratamento Antes fez Confirmação do histórico médico atual/histórico passado (*1/*2) sob medicação tratamento

*1: Aqueles que estão sobre medicação e observação seleccione Em tratamento.

- AVC (hemorragia cerebral, infarto cerebral, etc.)
Doença cardíaca (angina, infarto do miocárdio, arritmia, etc.)
Insuficiência renal crônica ou diálise
Anemia
Doença hepática (Fígado gorduroso, função hepática anormal, etc.)
Hepatite
Gota
Glaucoma
Catarata
Pneumonia
Hiperplasia benigna da próstata
Outros (Indique o nome da doença)

Você fuma regularmente atualmente?

- Condição 1: Fumei no último mês
Condição 2: Fumou por mais de 6 ms ou mais de 100 cigarros até hoje

(*3 "quem fuma direto atualmente" entra nas ambas condições 1 e 2.)

Bebe com que frequência e quantas vezes bebe

Complex block containing frequency and consumption of alcoholic beverages with a detailed list of drinks and their alcohol content.

Sobre orientações de saúde

Já recebeu orientações de saúde para melhoria do estilo de vida?

Somente para mulheres

Está menstruada no momento
Está grávida (incluindo suspeita)

Sintomas subjetivos percebidos

- Sem apetite
Sente-se lento/cansa facilmente
Secura na garganta
Suar bastante
Perdeu peso rapidamente
Sente dores de cabeça
Dor atrás dos olhos
Perda parcial de visão
Tosse e catarro frequentes
Sangue no escarro
Palpitações, falta de ar, sufoco
Azia e estômago pesado após comer
Constipação e diarreia recorrentes
As fezes estreitaram
Fezes pretas
Urina com dificuldade
Articulações doloridas pela manhã
Dorme mal ou acorda várias vezes
Fica irritado
Sentindo estressado
Tontura ou tonto ao se levantar

Outras questões específicas

- Ganho de peso de 10 kg ou mais em relação ao peso de quando tinha 20 anos
Exercita por 30 minutos ou mais por dia, pelo menos 2 dias por semana, por pelo menos 1 ano
Caminha ou faz atividade física diariamente durante 1 hora ou mais por dia
Caminha mais rápido que outras pessoas da mesma idade e sexo.
Janta 2 horas antes de dormir 3 ou mais vezes por semana
Costuma pular o café da manhã 3 ou mais vezes por semana

Selecione uma resposta para cada pergunta

- Descansa o suficiente durante o sono.
Qual das seguintes opções se aplica a você quando mastiga alimentos?
Você come mais rápido do que outras pessoas?
Costuma comer sobremesas ou beber refrigerante após as refeições?
Qual é a quantidade da sua refeição?

Planeja melhorar hábitos, como exercícios e hábitos alimentares? (uma opção)

- Não tenho interesse em melhorar
Pretendo melhorar (dentro de 6 meses)
Pretendo melhorar (dentro de 1 mês)
Já trabalhando em melhorias (menos de 6 meses)
Já trabalhando em melhorias (mais de 6 meses)

センター職員 記入欄 特保初回実施 保健指導実施者名

Histórico profissional (Comente para quem está empregado estudante)

Sistema atual de trabalho

- Turno diurno normal
Sempre turno da noite
Turnos alternados (diurno e noturno)

Média de horas de trabalho diário (último mês)

- Inferior a 6hrs
6hrs ou mais e menos de 8hrs
8hrs ou mais e menos de 10hrs
10hrs ou mais

Média de dias úteis por semana (último mês)

- Menos de 3 dias
3 ou mais dias e menos de 5 dias
5 dias
6 dias ou mais

Histórico de trabalho anterior

- Manuseio de objetos pesados
Manuseio de pó ou pulverização
Trabalho envolvendo vibração pesada
Manuseio de substâncias perigosas
Envolvendo o manuseio de radiação

Header section of the questionnaire form with various empty boxes for personal information.

Main body of the questionnaire form with multiple-choice options and checkboxes for various health and work-related questions.

Footer section of the questionnaire form with boxes for center staff and implementation details.



--

I D	
バーコード	
予約番号	
関連番号	

Formulário de exame de saúde

▶ Notas importantes a ter em mente sobre o formulário de exame médico

iremos recolher o formulário no dia do exame médico, por isso, por favor, **preencha o questionário e traga-o consigo.**

Além disso, tenha cuidado para **não dobrar ou rasgar**, pois ele será lido por uma máquina após a coleta.

▶ Consentimento em relação ao tratamento de informações pessoais

◎Por favor, check o "Consentimento para o tratamento de informações pessoais" abaixo antes de fazer o exame.

Depois de ler atentamente a seção à direita (verso), "Proteção de informações pessoais para exames médicos",

Finalidade do uso das informações pessoais do nosso centro

Concordo Discordo uma parte Não concordo

†Clique aqui em concordo.
Obrigado pela sua cooperação

※Caso não concorde, ou discorde da afirmação em vermelho na coluna da direita, você não poderá fazer o exame.
Além disso, se você pertence a uma empresa ou organização, consulte o responsável por essa organização.

▶ 健診実施時における新型コロナウイルス感染症対策について

R5年5月8日から感染症法上の位置づけが変更されましたが健診機関として厚労省ほか関係省庁の通知、関連学会の基準等を参考に健診を実施させていただきます。

受診者様におかれましては下記の件についてご理解・ご協力をいただきながら健診をご受診いただきますようお願い申し上げます。

- ・他の受診者様への配慮等から原則不織布マスクの着用をお願いします。
- ・新型コロナウイルスに感染している方、感染が疑われる症状がある方および感染後、国や県が示す療養期間が終了していない方は受診を控えて下さい。
- ・37.5度以上の発熱や、咳その他の風邪症状など体調不良がある方も受診を控えて下さい。
※国や県、関連学会等の方針変更により予告なく取り扱いを変更する場合があります。

◎ Por favor, assine depois de confirmar "tratamento de informações pessoais" e "prevenção de nova infecção por coronavírus".

Assinatura

Um lar feliz começa pela sua saúde então continuaremos a cuidar da sua saúde!



Matriz : Gifu Ken Minokamo Shi Nishimachi 2-43 TEL: (0574) 25-2982

Filial Ogaki : [Ogaki Kenshin Plaza] Gifu Ken Ogaki Shi Oi 3-21-9 TEL: (0584) 71-9782

Filial Aichi : [Sukoyaka Centro de Exame de Saúde] Aichi Ken Komaki Shi Komaki 4-108 TEL: (0568) 54-2225

Sobre a proteção de dados pessoais dos exames médicos

Em nosso centro, estamos trabalhando em um sistema completo de tratamento de informações pessoais para que aqueles que se submetem a exames médicos (doravante denominados "examinados") possam receber os exames médicos com tranquilidade.

Finalidade do uso de informações pessoais

O Centro usará as informações pessoais dos pacientes para os fins listados abaixo. Se for necessário usar informações pessoais para fins diferentes dos listados acima, tenha certeza de que solicitaremos seu consentimento novamente.

***Finalidade do uso de informações pessoais em nosso

- ◎ Exame de saúde
 - ◆ Preparação de guia de consulta
 - ◆ **Processamento e notificação dos resultados do exame de saúde**
- ◎ Prestação de serviços médicos
 - ◆ Cooperação com outros hospitais/clínicas, parceiras, farmácias, postos de enfermagem visitantes e prestadores de serviços de cuidados de enfermagem
 - ◆ Respostas a consultas de outras instituições médicas, etc.
 - ◆ **Ao buscar opiniões e conselhos de médicos externos, etc. para diagnóstico do paciente**
 - ◆ **Consignação de trabalho de teste de amostra, outra consignação de trabalho**
 - ◆ Explicação dos resultados do diagnóstico aos familiares, etc.
 - ◆ Outras utilizações relacionadas com a prestação de cuidados médicos a doentes
- ◎ Trabalho de escritório para reivindicar despesas de exames médicos
 - ◆ **Trabalhos de escritório relacionados com vários exames médicos, exames médicos completos, exames médicos secundários para acidentes de trabalho, etc. neste centro e terceirização dos mesmos**
- ◎ Gestão e operação deste centro
 - ◆ Contabilidade/contabilidade
 - ◆ Relatório de acidentes médicos, etc.
 - ◆ Melhorar os serviços médicos para o paciente
 - ◆ Uso para a gestão e operação do centro
- ◎ **Notificação dos resultados de exames médicos, etc. encomendados por empresas, etc.**
- ◎ Consulta ou notificação, etc. para organizações médicas profissionais, seguradoras, etc., relacionadas a seguro de responsabilidade médica, etc.
- ◎ Materiais básicos para serviços médicos e manutenção/melhoria das operações
- ◎ Cooperar com o treinamento médico realizado no centro
- ◎ Fornecimento de informações a auditores externos e instituições públicas externas

1. Se houver algum item listado acima com o qual você não concorde em relação ao fornecimento de informações a outras instituições médicas, informe-nos.

2. Para documentos de candidatura relacionados com a divulgação, correção, eliminação, etc. de informações pessoais, por favor contacte o balcão.

3. Estas ofertas podem ser retiradas ou alteradas a qualquer momento posteriormente.

4. Em nosso centro, não forneceremos informações pessoais do paciente sem a permissão do paciente.

5. Nosso centro pode terceirizar informações pessoais para processamento de amostras, como sangue, interpretação de raios-X, etc.

6. O fornecimento de informações pessoais é voluntário, mas pode haver casos em que resultados precisos de exames médicos não possam ser fornecidos, divulgados, notificados, etc.

7. Para todas as informações pessoais geridas pelo centro, é possível que a própria pessoa solicite notificação da finalidade de uso, solicitação de divulgação, correção, adição, exclusão, suspensão de uso, apagamento, suspensão de fornecimento a terceiros. Se você tiver alguma dúvida sobre os detalhes de vários procedimentos, etc., entre em contato com o Balcão de Reclamações e Consultas sobre o tratamento de informações pessoais.

Gifu Health Care Center
Gerente de proteção de informações pessoais Akira Yamada
Gerente de consulta e reclamações Hideki Takahashi
Atendimento: 0574-25-2982 Ramal ④