

QUESTIONÁRIO DE INTERNAÇÃO

記入日Data： 年Ano 月Mês 日Dia

Contamos com sua colaboração em completar o questionário abaixo, com dados da sua rotina diária e condições físicas, as informações serão úteis para o tratamento médico e cuidados de enfermagem.Em caso de dúvidas , por favor sinta-se à vontade em consultar a enfermeira.

N O M E 本人	ふりがな	男 H ・ 女 M	電話番号 Telefone	
	氏名 Nome		携帯番号 Celular	
	Data de nascimento:		Idade:	

【緊急連絡先Contato de Emergência】*Entraremos em contato conforme a ordem numérica abaixo

①	ふりがな	続柄Relação	住所 Endereço			
	氏名 Nome			電話番号 Telefone	昼Dia：	夜Noite：
②	ふりがな	続柄Relação	住所 Endereço			
	氏名 Nome			電話番号 Telefone	昼Dia：	夜Noite：

【家族構成Estrutura Familiar】

氏名Nome	続柄Relação	同居の有無Coabitantes	職業Profissão
		同居Mora junto・別居Mora separado	
		同居Mora junto・別居Mora separado	
		同居Mora junto・別居Mora separado	
		同居Mora junto・別居Mora separado	
		同居Mora junto・別居Mora separado	

介護認定Necessidade de assistência	済Efetuado・未Não efetuado 要支援assistência 1 2 ・ 要介護Necessidade de cuidados 1 2 3 4 5 申請中Em processo									
身障者手帳 caderneta de deficiência	física	身障Deficiência	級level	種類tipo()						
介護事業所Nursing service office										
ケアマネCare manager										
かかりつけ医Médico de cuidados primários										
訪問看護Enfermagem domiciliar										
退院後の住居 Habitação pós alta		自宅Própria residência ・ 施設申請Instituição solicitada: 済Efetuado (施設名Nome da instituição：) ・ 未Não efetuado ・ 検討中 Considerando								

【利用中の介護サービスServiço de cuidados em uso】

レンタル Aluguel	ベッド Cama ・ 車いすCadeira de rodas ・ 歩行器Andador ・ 手すりCorrimão ・ スロープRampa ・ その他Outros ()
サービスServiço	デイサービスDay service ・ デイケアDay care ・ ショートステイShort stay ・ 訪問リハビリReabilitação domiciliar ・ その他Outros ()

【既往歴・手術歴 Histórico médico・Histórico cirúrgico】

何年・歳Ano/Idade	病名 Nome da doença	治療状況Situação do tratamento	医療機関Nome da instituição
		治癒Curado・治療中em tratamento	
		治癒Curado・治療中em tratamento	
		治癒Curado・治療中em tratamento	
		治癒Curado・治療中em tratamento	

【 日常生活 】Rotina Diária		※ Por favor circule O a resposta que se aplica ao seu caso.			
食 事 Alimentação	食事には介助が必要ですかAssistência para comer：無Não・有Sim		見守りは必要ですかVigia：無Não・有Sim		
	主食Alimento base：米飯Arroz・粥Kayu・パンPão		副食Acompanhamento：普通Normal・柔らかいMacio・刻むPicado		
	水分にとろみは必要ですかNecessário espessar líquidos：無Não・有Sim				
	その他に注意することはありますかNecessidade de outros cuidados（ ）				
排 泄 Excreção	家のトイレBanheiro residência・ポータブルbanheiro portátil		下着の種類Tipo de roupa íntima：おむつfralda descartável・紙パンツroupa íntima de papel・布パンツRoupa íntima de pano		
	下剤の使用Uso de laxante：無Não・有Sim（下剤名Nome do laxante： ）				
	夜間のトイレ回数Quantas vezes vai ao banheiro durante a noite：（ ）回vezes		トイレ介助Assistência para ir ao banheiro：無 Não・有Sim		
清 潔 Higiene Pessoal	入れ歯Dentadura：無Não・有Sim（上Superior・下Inferior		義歯の管理Cuidados com a prótese：可Consegue・介助Assistência		
	洗顔 Lavar o rosto：可Consegue・介助Assistência		歯磨きEscovar os dentes：可Consegue・介助Assistência		
入 浴Banho	一人で可能Consegue sozinho・見守り必要Vigia・介助が必要Assistência・サービス利用Em uso de serviço				
着替えTroca de roupa	一人で可能Consegue sozinho・介助が必要Precisa de assistência				
移 動 Locomoção	歩行Andar：自立Independente・伝い歩きAnda se apoiando em objetos・杖歩行Bengala・歩行器Andador 介助Auxílio：無Não・有Sim				
	見守りVigia：無Não・有Sim		車いすCadeira de rodas：移乗の介助Auxílio para sentar 無Não・有Sim		移動の介助Auxílio locomoção：無Não・有Sim
睡 眠 Sono	薬なく眠れるDorme sem remédio・薬ありToma remédio（薬名Nome do remédio： ）				
	ベッド使用Usa cama：無Não・有Sim				
認知症 Demência	問題なしSem problemas・年相応Normal para idade・物忘れありMemória fraca・認知症の診断ありDiagnosticado com demência				
	その他の症状Outros sintomas（ ）				
家 事 Tarefas Domésticas	食事Preparo da refeição（誰Quem： ）		掃除Limpeza（誰Quem： ）		
	洗濯Lavar a roupa（誰Quem： ）		買い物Compras（誰Quem： ）		
	金銭管理Contabilidade：可Apto・不可Não-apto（管理者Responsável： ）				
視力・聴力 Visão・Audição	視力障害Deficiência visual：無Não・有Sim		眼鏡Óculos：無Não・有Sim		
	聴力障害Deficiência auditiva：無Não・有Sim		補聴器Aparelho auditivo：無Não・有Sim（右Direito・左Esquerdo）		
内服管理Administração de medicamento	本人O próprio・家族Família		方法Método（ ）		
アレルギーAlergia	無Não・有Sim	薬Remédio（ ）食べ物Alimentos（ ）その他Outros（ ）			
飲酒Bebida alcoólica・喫煙Tabagismo	飲酒Bebe：無Não・有Sim（1日量Quantidade em 1dia： ）				
	喫煙Fuma：無Não・有Sim 1日 1 dia（ ）本quantidade				
	（ ）歳からDesde qual idade・やめたParei（ ）歳からfumei desde（ ）歳まで喫煙 até ____anos				
感染 Vacinação	インフルエンザの予防接種 Influenza（月Mês 日Dia）肺炎球菌ワクチンHepatite（年Ano 月Mês 日Dia）				
	コロナワクチンCorona（1回目 1º 月Mês 日Dia：2回目 2º 月Mês 日Dia）				
医療行為 Tratamento médico	医療行為Tratamento médico：無Não・有Sim		☐ 酸素Oxigênio（ℓ）		☐ バルンSonda vesical
	☐ 褥瘡処置Tratamento de úlcera de pressão（部位Parte： ）		☐ 創傷処置Tratamento de ferimento（部位Parte： ）		
	☐ 経管栄養Alimentação por sonda	☐ 人工肛門Colostomia	☐ 人工膀胱Bexiga artificial	☐ CVポートcateter Port a Cath	
	☐ その他Outros（ ）				
手帳・カード Caderneta・Cartão	ペースメーカー手帳Caderneta de marca passo：無Não・有Sim		胃瘻(腸瘻)Gastrostomia(enterostomia)カードCartão：無Não・有Sim		
	CVポートカードCartão de cateter port a Cath：無Não・有Sim				

面会の制限Restrição de visitas：希望するDesejo・希望しないNão desejo
氏名表示Exibição do nome：可Permitir・不可Não permitir
電話の取り次ぎLigacões：同居家族のみ可Apenas para familiar que reside junto・制限なしSem restrições・不可Não permitir
献体登録カードCartão de registro de doação de corpo：無Não・有Sim
臓器提供カード Cartão de doador de órgãos：無Não・有Sim
信仰上の医療に関する制約Restrição à medicina por religião：無Não・有Sim