

Questionário médico para exame de saúde (exame básico)

Data do exame		Endereço: Higashihiroshima-shi	TEL - -
Nome hospital		Furigana	idade completa T . S
		Nome M . F	anos nascimento ____ano ____mês ____dia

※Preencher apenas os espaços mais escuro

Espaço para ser preenchido

1. Responda as perguntas a seguir. Circule a opção desejada.

1	Atualmente está tomando remédio para baixar pressão arterial?	① Sim ② Não
2	Atualmente toma remédio para baixar açúcar no sangue ou insulina?	① Sim ② Não
3	Atualmente toma remédio para colesterol ou triglicerídeos?	① Sim ② Não
4	Alguma vez o médico disse que você tem ou teve problema cerebral (hemorragia cerebral, derrame, etc) e/ou foi tratado?	① Sim ② Não
5	Alguma vez o médico disse que você tem ou teve problema cardíaco (angina, infarto do miocárdio, etc) e/ou foi tratado?	① Sim ② Não
6	Alguma vez o médico disse que você teve tem ou ou tem doença renal crônica ou insuficiência renal e está em tratamento (hemodiálise etc)?	① Sim ② Não
7	Alguma vez o médico disse que você teve anemia?	① Sim ② Não
8	Atualmente, você fuma? ※ [ou quem fumou mais de 100 cigarros, ou quem fumou por 6 meses ou mais ou quem fumou no último mês]	① Sim ② Não
9	De 20 anos de idade até hoje, teve aumento de mais de 10 kg no peso corporal?	① Sim ② Não
10	Você realiza exercícios físicos por pelo menos 30 minutos onde chega a suar, pelo menos 2 vezes por semana, por mais de 1 ano?	① Sim ② Não
11	Você pratica atividades em sua vida diária por 1 hora ou mais por dia, equivalente a caminhada ou exercício físico?	① Sim ② Não
12	Se comparar com pessoas de mesma idade, você caminha mais rápido?	① Sim ② Não
13	Como é a situação ao mastigar alimentos?	① consigo mastigar qualquer alimento ② tenho dificuldade ao mastigar, por causa de problema nos dentes ou gengivas ③ não consigo mastigar nada
14	Se comparar com pessoas de mesma idade, você come mais rápido?	① rápido ② normal ③ devagar
15	Você janta num espaço de menos de 2 horas antes de dormir, por 3 vezes ou mais na semana?	① Sim ② Não
16	Além das 3 refeições principais, você lancha ou toma bebidas doces entre as refeições?	① todo dia ② as vezes ③ quase nunca
17	Você fica sem tomar café da manhã por 3 dias ou mais na semana?	① Sim ② Não
18	Frequência que bebe bebida alcoólica (sakê, aguardente, cerveja etc)	① todo dia ② as vezes ③ quase não tomo (ou nunca tomo)
19	Quantidade de bebida alcóolica a tomar em 1 dia: sakê 1 dose 1 (180ml), cerveja 500ml, shochu (25 graus) 110ml, uísque 1 dose (60ml), vinho 2 doses (240ml)	① menos de 1 dose ② de 1 a 2 doses ③ de 2 a 3 doses ④ acima de 3 doses
20	Consegue descansar dormindo o suficiente?	① Sim ② Não

2. Escreva no espaço abaixo, caso tenha algo que te preocupa atualmente: