

Questionário (お伺書)

data (日付) _____

O objetivo deste questionário é garantir o uso correto dos remédios. Por favor, responda as perguntas a seguir.

(お薬を安全に使っていただくために質問しております。ご記入をお願いします。)

Nome _____ Sexo (M / F) Peso _____kg

Endereço _____ TEL _____

<項目>

■ Histórico médico (病歴)

- Não tenho nenhuma doença
- Problemas cardíacos (心疾患) Problemas hepáticos (肝疾患)
- Problemas renais (腎疾患) Glaucoma (緑内障) Acidez estomacal (胃酸過多)
- úlcera gástrica, úlcera no duodeno (胃潰瘍, 十二指腸潰瘍)
- Hiperplasia benigna da próstata (前立腺肥大) Diabetes (糖尿病)
- Prisão de ventre (便秘症) Diarréia (下痢症) Asma (喘息)
- Alergias

leite (牛乳), ovo (卵), peixe (魚), atopia(dermatite) (アトピー(皮膚炎)),
alergia ao pólen(rinite alérgica) (花粉症(鼻炎)), outros (その他 _____)

■ Você já apresentou algum sintoma colateral ao tomar algum remédio? (副作用歴)

- Sim (Nome do remédio _____) / Não
- sintoma (症状) : coceira, mancha vermelha na pele (発疹、かゆみ)
- Alergia a remédios contendo substância da classe "pyrine" (ピリン疹・ピリンアレルギー)
- tosse (咳) dor de cabeça (頭痛) sonolência (眠気)
- tontura (めまい) dor de estômago (腹痛) ânsia de vômito (吐き気)
- diarréia (下痢) prisão de ventre (便秘)
- outros (その他 _____)

■ Atualmente você está tomando algum remédio ou consumindo algum alimento funcional? (併用薬・健康食品)

- Sim (Nome do remédio _____) / Não

■ Qual gostaria de tomar? (飲めるお薬はどれですか?)

- Comprimido (錠剤) Cápsula (カプセル) Pó (粉薬) Xarope (シロップ)

■ Você dirige carro ou motocicleta? (自動車・バイクを運転しますか?)

(Sim / Não)

■ Você consome álcool com frequência? (アルコール)

(Sim / Não)

Você fuma (たばこ)

(Sim / Não)

Você consome café/chá (コーヒー/お茶)

(Sim / Não)

toranja(grapefruit) (グレープフルーツ)

(Sim / Não)

■ Você está grávida? (妊娠していますか?)

(Sim / Não)

■ Você está amamentando? (授乳していますか?)

(Sim / Não)

■ Tem preferência por remédios genéricos? (ジェネリック医薬品を希望されますか?)

(Sim / Não)