

<健康調査 Questionário sobre o Estado de Saúde>

特異体質に関する次の質問について、当てはまるものに 印をつけ、記入欄をうめてください。

Com respeito ao seguinte questionário sobre as particularidades físicas, favor responder a este questionário marcando com um no quadro correspondente e preencher os espaços convenientemente.

児童・生徒氏名		Nome	
生年月日 Date de Nascimento			
(日)		(月) (年)	
保護者氏名		Nome (Pai ou Tutor)	
自宅住所 Endereço		TEL	
勤務先名 Local de trabalho		TEL	
今までに、けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか? Sofre ou já sofreu de espasmo (epilepsia)?		ない Não ある Sim 回 vezes 最終は 才頃 O mais recente, quando tinha anos de idade	
じんましんやしっしんがしやすいですか? É susceptível à urticária ou eczema?		いいえ Não はい Sim	
薬を飲んで皮膚に発疹が起きたり、体の具合が悪くなったことがありますか? Tem erupção cutânea ou indisposição por causa de algum medicamento tomado?		ない Não ある Sim 才頃 Quando tinha mais ou menos anos de idade 薬の名 Nome do medicamento	
卵を食べると、必ず発疹が起きたり、下痢をしたりしますか? Tem erupção cutânea ou diarreia quando ingere ovos?		ない Não ある Sim	
今までに、次のような重い病気にかかったことがありますか? 心臓病・腎臓病・肝臓病・結核・喘息・リウマチ熱など。 Já sofreu alguma das seguintes enfermidades graves? Afecção cardíaca; Afecção renal; Afecção hepática; Tuberculose; Asma; Febre reumatóide, etc.		ない Não ある Sim 病名 Nome da enfermidade 才 ~ 才 De até anos de idade	

