

< GUIA DE SAÚDE 健康のしおり >

EM CASO DE POSSUIR DEFICIÊNCIA FÍSICA, HÁ CASOS DE POSSUIR DIFICULDADE NA COMUNICAÇÃO NECESSÁRIA DURANTE CONSULTA MÉDICA. PARA QUE A CONSULTA CORRA TRANQUILAMENTE PEDIMOS QUE OS FAMILIARES, MÉDICOS PREENCHAM COM ANTECEDÊNCIA OS PONTOS IMPORTANTES DO ESTADO DE SAÚDE E SITUAÇÃO DA CONSULTA HABITUAL. UTILIZEM DE MANEIRA PRÁTICA DEIXANDO CÓPIAS DAS PÁGINAS NECESSÁRIAS NA FICHA MÉDICA. CASO HAJA INFORMAÇÕES ÚTEIS PARA CONTROLE DA SAÚDE POSTERIOR, PEDIMOS QUE PREENCHAM NO VERSO. PEDIMOS A VOSSA COLABORAÇÃO.

● NOME 名前 _____ (M・F)

(APELIDO) 呼び名 _____

DATA DE NASCIMENTO 誕生日

S・H ANO MÊS DIA
年 月 日

CONTATOS 連絡先

●NOME DO RESPONSÁVEL (PARENTESCO) 保護者名

●ENDEREÇO 住所 〒 _____

●TELEFONE (電話) () -
●CELULAR (携帯) () -

GRAU DE DEFICIÊNCIA・TIPO 障がいの種類・程度

●CADERNETA DE DEFICIÊNCIA FÍSICA (身体障がい者手帳) _____ TIPO 種 _____ NÍVEL 級
●GRAU DE DEFICIÊNCIA DOS MOVIMENTOS VIRAR DE BRUÇOS 寝返り (POSSÍVEL 可・IMPOSSÍVEL 不可)
SENTAR 座位 (POSSÍVEL・IMPOSSÍVEL)
FICAR DE PÉ 立位 (POSSÍVEL・IMPOSSÍVEL)
ANDAR 歩行 (POSSÍVEL・IMPOSSÍVEL)

●DEFICIÊNCIA AUDITIVA 聴覚の障がい (NÃO なし・SIM あり)

●DEFICIÊNCIA MENTAL 知的な障がい (NÃO なし・SIM あり GRAU ____ANOS 才 相応)

* CADERNETA DE TERAPIA CLÍNICA 療育手帳: SEM DEFINIÇÃO 未判定 SEM CORRESPONDENTES 非該当 LEVE C 軽度・MÉDIO B 中度・ALTO A 重度

ÓRGÃO MÉDICO QUE FREQUENTA RELACIONADO À DEFICIÊNCIA 障害に関する医療機関

● NOME DA DOENÇA 疾患名

● TRATAMENTO A BASE DE REMÉDIOS 薬などの治療 (Remédios que consegue tomar 飲む薬: Pílula 錠剤・Cápsula カプセル・Pó 粉・Líquido 液) CONTEÚDO 内容:

●NOME DO HOSPITAL・CLÍNICA 病院名

Tel () -
●MÉDICO RESPONSÁVEL 担当医 (Departamento 科)

●FREQUÊNCIA DE CONSULTAS 受診頻度

_____ Vezes 回/ _____ Semanas 週 _____ Vezes 回/ _____ Mês(es) 月

RECENTES PESQUISAS MÉDICAS・OBSERVAÇÕES VISTAS PELO MÉDICO

最近の医学所見・医師からみた留意点

* ERA HEISEI 平成 ANO 年 MÊS 月 DIA 日
* AUTOR 記入者



O [GUIA DE SAÚDE] 健康のしおり

PODE SER BAIXADO ATRAVÉS DA HOME PAGE DO TOYOTA FUKUSHI JIGYODAN.

O TOYOTA FUKUSHI JIGYODAN POSSUI OS DIREITOS AUTORAIS, PORÉM UTILIZEM DE MANEIRA PRÁTICA NOS ÓRGÃOS MÉDICOS, IMPRIMINDO, COPIANDO LIVREMENTE. HÁ DOIS TIPOS [PARA PORTADORE DE DEFICIÊNCIA FÍSICA] E [PARA PORTADORES DE DEFICIÊNCIAS MENTAIS E DESENVOLVIMENTOS]. PARA QUE POSSAMOS FAZER MELHORIAS FUTURAS, PEDIMOS QUE NOS ENVIEM OPINIÕES.

「健康のしおり」はこの「身体障がいのある人むけ」と「知的・発達障がいのある人むけ」の2種類があります。



Impresso por Cidade de Toyota 発行*豊田市 < INFORMAÇÕES 問い合わせ先 >

〒471-0062 AICHI KEN TOYOTA SHI NISHIYAMA CHO 2-19 TOYOTA SHI FUKUSHI JIGYODAN TOYOTA SHI KODOMO HATTATSU CENTER TEL 0565 (32) 8980 FAX 0565 (32) 8987 E-mail fukushijigyodan@city.toyota.aichi.jp HP http://www.fukushijigyodan.toyota.aichi.jp

ESTADO DE SAÚDE HABITUAL 普段の健康状態

●ALTURA 身長 _____ cm PESO 体重 _____ kg (計測 Medido em 年 Ano 月 Mês)

●TEMPERATURA MÉDIA _____ °C 体温

●TIPO SANGUÍNEO 血液型 _____ Tipo Rh ()

●PRESSÃO ARTERIAL 血压 (/) (計測 Medido em 年 Ano 月 Mês)

●SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO 酸素飽和度 (%)

●ALERGIAS アレルギー NÃO なし・SIM あり

●CONTRA INDICAÇÕES MEDICINAIS 禁忌薬 NÃO 無・SIM 有

●ATAQUE EPILÉPTICO てんかん発作 NÃO 無・SIM 有 (Grau 頻度)

* MEDIDAS A SEREM TOMADAS EM CASO DE ATAQUE 発作が起きた時の対応

TRATAMENTO MÉDICO ENTRE OUTROS REALIZADO ATUALMENTE 普段受けている医療的ケアなど

●DIETA NUTRICIONAL 食事栄養 (Refeição 食事・Alimentação tubal 経管栄養・Ambos 両方) LÍQUIDOS 水分 (Normal そのまま・Necessidade espessar とろみ必要) ESTADO DO ALIMENTO 食事形態 (Alimento normal 普通食) ALIMENTO TUBAL 経管栄養 (Tubo nasal 経鼻・Estomacal 胃ろう・Intestinal 腸ろう) * CONTEÚDO 内容

●ASPIRAÇÃO 吸引 (Desnecessário 不要・Sucção nasal e bucal 口鼻腔吸引・Aspiração traqueal 気管内吸引)

●CUIDADOS RESPIRATÓRIOS 呼吸管理 (Desnecessário 不要・Airways アイワイ) Terapia de oxigênio 酸素療法・Respiração artificial 人工呼吸器 * CONTEÚDO 内容

●CATETERISMO URETRAL 導尿 (Desnecessário 不要・Necessário 要 Tamanho Categoria カテサイズ fr)

●INALAÇÃO 吸入 (Desnecessário 不要・Necessário 要) * CONTEÚDO 内容

●EQUIPAMENTO UTILIZADO 使っている装具 Cadeira de rodas automática 電動車いす・Cadeira de rodas 車いす・Andador 歩行器・Bengala 杖・Equipamentos para membros superiores 上肢装具・Equipamentos para membros inferiores 下肢装具・Apoio para assento 座位保持装置・Outros 他 ()

●OUTROS 他



REFERÊNCIA PARA CONSULTA MÉDICA

診察時に参考にしてほしいこと

* POSIÇÃO CONFORTÁVEL 楽な姿勢
* ARTROGRIPOSE 関節拘縮 NÃO なし・SIM あり (LOCAL 場所)
* LIMITES DE MOVIMENTOS 動きの制限 NÃO なし・SIM あり (ARTICULAÇÃO 関節)

* MEIOS DE COMUNICAÇÃO コミュニケーション方法

Compreensão 理解

Fala 話し言葉 (Frases 文章・Frases curtas 短文・Palavras 単語) Linguagem de sinais 手話・Linguagem verbal 口話・Letras 文字・Desenhos 絵・Objeto real 実物・Outros ほか ()

Expressão 表出

Fala 話し言葉 (Frases 文章・Frases curtas 短文・Palavras 単語) Linguagem de sinais 手話・Apontando com os dedos 指さし・Vocalização 発声・Outros ほか ()

* OUTROS (Pontos fracos・Objetos para acalmar etc) そのほか (苦手なこと・あると落ち着くものなど)

MÉDICO DA FAMÍLIA かかりつけの家庭医



●HOSPITAL · CLÍNICA 病院 · 医院

TELEFONE () -

●HOSPITAL · CLÍNICA (DENTISTA) 歯科医院

TELEFONE () -

MEDICAMENTOS FREQUENTEMENTE USADOS
(ANTIBIÓTICOS, ANALGÉSICOS, PARA DIARRÉIA,
ENTRE OUTROS)

よくだされる薬 (抗生物質、痛み止め、下痢止めなど)

INFORMAÇÕES ADICIONAIS 追加の情報

Blank lines for additional information.

* FAVOR PREENCHER O AUTOR E DATA DE
PREENCHIMENTO 記入日と記入者名をお願いします。
ANO 年 MÊS 月 DIA 日
AUTOR 記入者

INFORMAÇÕES ADICIONAIS 追加の情報

Blank lines for additional information.

* FAVOR PREENCHER O AUTOR E DATA DE
PREENCHIMENTO 記入日と記入者名をお願いします。
ANO 年 MÊS 月 DIA 日
AUTOR 記入者

INFORMAÇÕES ADICIONAIS 追加の情報

Blank lines for additional information.

* FAVOR PREENCHER O AUTOR E DATA DE
PREENCHIMENTO 記入日と記入者名をお願いします。
ANO 年 MÊS 月 DIA 日
AUTOR 記入者

MÉDICO QUE FREQUENTA PERIODICAMENTE
DOENÇAS QUE JÁ FORAM TRATADAS

時々受診する病気・以前治療した病気

● NOME DO HOSPITAL 病名

HOSPITAL · CLÍNICA 病院 · 医院
(Departamento 科)

PROCESSO TERAPÊUTICO 治療経過

● NOME DO HOSPITAL 病名

HOSPITAL · CLÍNICA 病院 · 医院
(Departamento 科)

PROCESSO TERAPÊUTICO 治療経過



INFORMAÇÕES ADICIONAIS 追加の情報

Blank lines for additional information.

* FAVOR PREENCHER O AUTOR E DATA DE
PREENCHIMENTO 記入日と記入者名をお願いします。
ANO 年 MÊS 月 DIA 日
AUTOR 記入者

INFORMAÇÕES ADICIONAIS 追加の情報

Blank lines for additional information.

* FAVOR PREENCHER O AUTOR E DATA DE
PREENCHIMENTO 記入日と記入者名をお願いします。
ANO 年 MÊS 月 DIA 日
AUTOR 記入者

INFORMAÇÕES ADICIONAIS 追加の情報

Blank lines for additional information.

* FAVOR PREENCHER O AUTOR E DATA DE
PREENCHIMENTO 記入日と記入者名をお願いします。
ANO 年 MÊS 月 DIA 日
AUTOR 記入者

