

< GUIA DE SAÚDE 健康のしおり >

EM CASO DE POSSUIR DEFICIÊNCIA MENTAL, HÁ CASOS DE POSSUIR DIFICULDADE NA COMUNICAÇÃO NECESSÁRIA E SENTIMENTOS DE INSEGURANÇA 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) 愛称 _____

DATA DE NASCIMENTO S · H ANO MÊS DIA
誕生日 年 月 日

CONTATOS 連絡先

●NOME DO RESPONSÁVEL (PARENTESCO) 保護者名

●ENDEREÇO 住所 〒 _____

●TELEFONE RESIDENCIAL 自宅 () _____
●CELULAR 携帯 () _____
●OUTROS CONTATOS そのほか

GRAU DE DEFICIÊNCIA · TIPO 障害の種類と程度

●DEFICIÊNCIA MENTAL 知的障がい (NÃO なし · SIM あり GRAU ANOS 歳程度)

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

●AUTISMO 自閉症

●SÍNDROME DE ASPERGER アスペルガー症候群

●TRANSTORNOS INVASIVOS DO DESENVOLVIMENTO TIDS 広汎性発達障害

●ADHD (TDAH / HIPERATIVIDADE)

●OUTROS 他 ()

-1-

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

-3-

ATIVIDADES QUE GOSTA 好きなこと 安心に役立つもの (ALGOQUESEJA ÚTIL PARA ENCORAJAR, TRANQUILIZAR)

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



-5-

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「知的・発達障がいのある人むけ」と「身体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) 8985 FAX 0565 (32) 8987
E-mail fukushijigyodan@city.toyota.aichi.jp
HPhttp://www.fukushijigyodan.toyota.aichi.jp

ESTADO DE SAÚDE HABITUAL 普段の健康状態

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

●TEMPERATURA MÉDIA 平熱 _____ °C

●TIPO SANGUÍNEO 血液型 Tipo Rh ()

●PRESSÃO ARTERIAL 血圧 (/ 計測月日 Medido em Ano Mês)

●ALERGIAS アレルギー
NÃO なし · SIM あり []

●CONTRA INDICAÇÕES MEDICINAIS 禁忌薬
NÃO なし · SIM あり []

●ATAQUE EPILÉPTICO てんかん発作
NÃO なし · SIM あり (Grau 頻度)
* MEDIDAS A SEREM TOMADAS EM CASO DE ATAQUE 発作が起きた時の対応

-2-

PONTOS FRACOS 苦手なこと

(○をつける FAZER ○ NOS ÍTENS CORRESPONDENTES)

CONSULTAS À TOQUE 触られること
(CORPO からだ · CABEÇA 頭 · OUVIDO 耳)
SOM E VOZ ALTA 大きな音
ODOR DO ANTIS-SÉPTICO 消毒の匂い
ESCURIDÃO 暗さ MULTIDÃO 人ごみ
TEMPO DE ESPERA 待ち時間
PESSOA QUE ENCONTRA PELA 1ª VEZ 初めての人 ·
LOCAL 場所 · ASSUNTO こと
DOR 痛み ROUPA BRANCA (JALECO) 白衣
MEDIÇÃO CORPORAL 身体計測
INCLINAR 仰向け FICAR DE BRUÇOS うつぶせ
OUTROS ほか

EXAMES · TRATAMENTOS JÁ REALIZADOS

経験ある検査 · 処置
(CONSEGUIU できた ○ TEVE DIFICULDADE 困難 △ NÃO CONSEGUIU できなかった ×)

ESTETOSCÓPIO 聴診器
ESPÁTULA (VER A GARGANTA) 舌圧子でみる
RADIOGRAFIA レントゲン CT
MRI ONDA CEREBRAL 脳波
ELETROCARDIOGRAMA 心電図 ULTRA-SOM 超音波
COLETA DE SANGUE 採血 SORO 点滴 INJEÇÃO 注射
OFTÁLMICO 点眼 SUTURA DE FERIMENTO 縫合
ANTIS-SÉPTICO DE FERIMENTO 消毒
OUTROS ほか

-4-

COMUNICAÇÃO コミュニケーション

(FAZER ○ NOS ÍTENS CORRESPONDENTES)

●NÍVEL DE COMPREENSÃO DE PALAVRAS わかる言葉
FRASE COMPRIDA 長文 FRASE CURTA SIMPLES 短文
PALAVRAS 単語 LETRAS 文字
DESENHO · FOTOGRAFIA 絵や写真
MOSTRAR OBJETO REAL 実物を見せる
DIFICULDADE COM TODAS どれも困難

●MANEIRA DE INDICAR O PROPÓSITO 意思表示のしかた
FRASE COMPRIDA 長文 FRASE CURTA SIMPLES 短文
PALAVRAS 単語 LETRAS 文字
DESENHO · FOTOGRAFIA 絵や写真 MÍMICA みぶり
APONTAR O LOCAL OU DESENHO 部位や絵の指さし
DIFICULDADE COM TODAS

●ARTIFÍCIO EFICAZ 役立つ工夫

-6-



●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)

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

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

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



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

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

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

