

© As informações pessoais relacionadas a este exame médico poderão ser utilizadas em programas da prefeitura quando for necessário. Essas informações também poderão ser compartilhadas com instituições contratadas para orientação específica de saúde. Por favor, realize o exame somente após concordar com estes termos.

© Siga o exemplo abaixo, preencha os dados a lápiz e entregue na recepção da instituição médica.

(Por favor, não use canetas esferográficas ou canetas hidrográfica. Preencha de forma que não ultrapasse a moldura.)

© Nos números aplicáveis ☐ , desenhe uma linha diagonal ☐ .

(Exemplo) Quando errar o ☐ , escreva ☐ (Exemplo numérico)

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

© As **Perguntas 1 a 5** devem ser respondidas por todos, enquanto a **Pergunta 6** deve ser respondida por pessoas com 74 anos ou menos e a **Pergunta 7** deve ser respondida por pessoas com 75 anos ou mais.

Telefone residencial -	Telefone - -																
E-mail : _____ @ _____																	
Pergunta 1 : Teve algum sintoma físico que o incomodou nos últimos 3 meses? <table style="width: 100%;"><tr><td>1 ☐ Não</td><td>2 ☐ Dor nas costas/Articulações</td><td>3 ☐ Fadiga</td><td>4 ☐ Inchaço no corpo</td></tr><tr><td>5 ☐ Palpitações</td><td>6 ☐ Tosse</td><td>7 ☐ Escarro</td><td>8 ☐ Dormência nos membros</td></tr><tr><td>9 ☐ Falta de ar</td><td>10 ☐ Tontura</td><td>11 ☐ Alteração evacuatória</td><td>12 ☐ Boca seca</td></tr><tr><td>13 ☐ Dor no peito</td><td>14 ☐ Pulso irregular</td><td>15 ☐ Dor de cabeça</td><td>16 ☐ Outros</td></tr></table> ()		1 ☐ Não	2 ☐ Dor nas costas/Articulações	3 ☐ Fadiga	4 ☐ Inchaço no corpo	5 ☐ Palpitações	6 ☐ Tosse	7 ☐ Escarro	8 ☐ Dormência nos membros	9 ☐ Falta de ar	10 ☐ Tontura	11 ☐ Alteração evacuatória	12 ☐ Boca seca	13 ☐ Dor no peito	14 ☐ Pulso irregular	15 ☐ Dor de cabeça	16 ☐ Outros
1 ☐ Não	2 ☐ Dor nas costas/Articulações	3 ☐ Fadiga	4 ☐ Inchaço no corpo														
5 ☐ Palpitações	6 ☐ Tosse	7 ☐ Escarro	8 ☐ Dormência nos membros														
9 ☐ Falta de ar	10 ☐ Tontura	11 ☐ Alteração evacuatória	12 ☐ Boca seca														
13 ☐ Dor no peito	14 ☐ Pulso irregular	15 ☐ Dor de cabeça	16 ☐ Outros														
Pergunta 2 : Atualmente, está em tratamento de alguma doença? <table style="width: 100%;"><tr><td>1 ☐ Não</td><td>2 ☐ Hipertensão</td><td>3 ☐ Diabetes</td><td>4 ☐ Dislipidemia (Hiperlipidemia)</td></tr><tr><td>5 ☐ AVC</td><td>6 ☐ Doença cardíaca</td><td>7 ☐ Doença renal</td><td>8 ☐ Doença hepática biliar</td></tr><tr><td>9 ☐ Anemia</td><td>10 ☐ Gota</td><td>11 ☐ Câncer</td><td>12 ☐ Outros ()</td></tr></table>		1 ☐ Não	2 ☐ Hipertensão	3 ☐ Diabetes	4 ☐ Dislipidemia (Hiperlipidemia)	5 ☐ AVC	6 ☐ Doença cardíaca	7 ☐ Doença renal	8 ☐ Doença hepática biliar	9 ☐ Anemia	10 ☐ Gota	11 ☐ Câncer	12 ☐ Outros ()				
1 ☐ Não	2 ☐ Hipertensão	3 ☐ Diabetes	4 ☐ Dislipidemia (Hiperlipidemia)														
5 ☐ AVC	6 ☐ Doença cardíaca	7 ☐ Doença renal	8 ☐ Doença hepática biliar														
9 ☐ Anemia	10 ☐ Gota	11 ☐ Câncer	12 ☐ Outros ()														
Pergunta 3 : Já teve alguma das seguintes doenças? <table style="width: 100%;"><tr><td>1 ☐ Não</td><td>2 ☐ Hipertensão</td><td>3 ☐ Diabetes</td><td>4 ☐ Dislipidemia (Hiperlipidemia)</td></tr><tr><td>5 ☐ AVC</td><td>6 ☐ Doença cardíaca</td><td>7 ☐ Doença renal</td><td>8 ☐ Doença hepática biliar</td></tr><tr><td>9 ☐ Anemia</td><td>10 ☐ Gota</td><td>11 ☐ Câncer</td><td>12 ☐ Tuberculose</td></tr><tr><td>13 ☐ Outros ()</td><td colspan="3"></td></tr></table>		1 ☐ Não	2 ☐ Hipertensão	3 ☐ Diabetes	4 ☐ Dislipidemia (Hiperlipidemia)	5 ☐ AVC	6 ☐ Doença cardíaca	7 ☐ Doença renal	8 ☐ Doença hepática biliar	9 ☐ Anemia	10 ☐ Gota	11 ☐ Câncer	12 ☐ Tuberculose	13 ☐ Outros ()			
1 ☐ Não	2 ☐ Hipertensão	3 ☐ Diabetes	4 ☐ Dislipidemia (Hiperlipidemia)														
5 ☐ AVC	6 ☐ Doença cardíaca	7 ☐ Doença renal	8 ☐ Doença hepática biliar														
9 ☐ Anemia	10 ☐ Gota	11 ☐ Câncer	12 ☐ Tuberculose														
13 ☐ Outros ()																	
Pergunta 4 : Algum dos seus pais, irmãos, etc., com parentesco sanguíneo, teve alguma das seguintes doenças? <table style="width: 100%;"><tr><td>1 ☐ Não</td><td>2 ☐ Hipertensão</td><td>3 ☐ Diabetes</td><td>4 ☐ Dislipidemia(Hiperlipidemia)</td></tr><tr><td>5 ☐ Doença cardíaca</td><td>6 ☐ Câncer</td><td colspan="2"></td></tr></table>		1 ☐ Não	2 ☐ Hipertensão	3 ☐ Diabetes	4 ☐ Dislipidemia(Hiperlipidemia)	5 ☐ Doença cardíaca	6 ☐ Câncer										
1 ☐ Não	2 ☐ Hipertensão	3 ☐ Diabetes	4 ☐ Dislipidemia(Hiperlipidemia)														
5 ☐ Doença cardíaca	6 ☐ Câncer																
Pergunta 5 : Atualmente, está internado por doenças relacionadas ao estilo de vida (diabetes, doença hipertensiva, doença isquêmica, outras doenças cardíacas, hemorragia subaracnóidea, hemorragia intracerebral, infarto cerebral, arteriosclerose cerebral, outras doenças cerebrovasculares, arteriosclerose)? <table style="width: 100%;"><tr><td>1 ☐ Não estou indo no hospital nem fui internado</td><td>2 ☐ Estou indo ao hospital ou estou internado</td></tr></table>		1 ☐ Não estou indo no hospital nem fui internado	2 ☐ Estou indo ao hospital ou estou internado														
1 ☐ Não estou indo no hospital nem fui internado	2 ☐ Estou indo ao hospital ou estou internado																

Pergunta 6 : Itens do questionário do exame médico específico de saúde		
1	Você utiliza medicamento para baixar a pressão arterial?	1 ☐ Sim 2 ☐ Não
2	Você utiliza injeções de insulina ou medicamentos para baixar o nível de açúcar no sangue?	1 ☐ Sim 2 ☐ Não
3	Você utiliza medicamentos para reduzir o colesterol ou os triglicerídeos?	1 ☐ Sim 2 ☐ Não
4	Você já foi informado por um médico que teve um acidente vascular cerebral (AVC) – como hemorragia cerebral ou infarto cerebral – ou já recebeu tratamento para isso?	1 ☐ Sim 2 ☐ Não
5	Você já foi informado por um médico que tem doença cardíaca – como angina ou infarto do miocárdio – ou já recebeu tratamento para isso?	1 ☐ Sim 2 ☐ Não
6	Você já foi informado por um médico que tem doença renal crônica ou insuficiência renal, ou está em tratamento (como hemodiálise)?	1 ☐ Sim 2 ☐ Não
7	Você já foi informado por um médico que tem anemia?	1 ☐ Sim 2 ☐ Não
8	Atualmente, você tem o hábito de fumar? (※ “Fumante habitual atualmente” refere-se a uma pessoa que atende simultaneamente às duas condições abaixo: Condição 1 : Fumou no último mês Condição 2 : Fumou por 6 meses ou mais ao longo da vida, ou fumou um total de 100 cigarros ou mais)	1 ☐ 2 ☐ Sim (atendo às condições 1 e 2) Fumava no passado, mas não fumei no último mês (atendo apenas à condição 2) Apenas quem respondeu 1 ou 2: ____ cigarros por dia / total de ____ cigarros 3 ☐ Não
9	Você aumentou 10 kg ou mais em relação ao seu peso aos 20 anos de idade?	1 ☐ Sim 2 ☐ Não
10	Você realiza exercícios leves que fazem você suar um pouco por 30 minutos ou mais, pelo menos 2 vezes por semana, há mais de 1 ano?	1 ☐ Sim 2 ☐ Não
11	No seu dia a dia, você caminha ou realiza atividades físicas equivalentes a 1 hora ou mais por dia?	1 ☐ Sim 2 ☐ Não
12	Você acha que anda mais rápido do que pessoas do mesmo sexo e aproximadamente da mesma idade que você?	1 ☐ Sim 2 ☐ Não
13	Qual das opções abaixo melhor descreve a sua condição ao mastigar os alimentos ao comer? 1 ☐ Consigo mastigar e comer qualquer tipo de alimento 2 ☐ Tenho alguma preocupação com dentes, gengivas ou mordida, e às vezes tenho dificuldade para mastigar 3 ☐ Quase não consigo mastigar	
14	Você come mais rápido do que outras pessoas?	1 ☐ Rápido 2 ☐ Normal 3 ☐ Lento
15	Você costuma fazer a refeição da noite dentro de 2 horas antes de dormir três vezes ou mais por semana?	1 ☐ Sim 2 ☐ Não
16	Você consome lanches ou bebidas doces além das três refeições diárias (café da manhã, almoço e jantar)?	1 ☐ Todos os dias 2 ☐ Às vezes 3 ☐ Quase nunca consumo
17	Você costuma pular o café da manhã três vezes ou mais por semana?	1 ☐ Sim 2 ☐ Não
18	Com que frequência você consome bebidas alcoólicas (como saquê, shochu, cerveja, bebidas destiladas, etc.)? (※ “Parei de beber” refere-se a pessoas que, no passado, bebiam pelo menos uma vez por mês, mas não consomem álcool há mais de 1 ano)	1 ☐ Todos os dias 2 ☐ 5 a 6 dias por semana 3 ☐ 3 a 4 dias por semana 4 ☐ 1 a 2 dias por semana 5 ☐ 1 a 3 dias por mês 6 ☐ Menos de 1 vez por mês 7 ☐ Parei de beber 8 ☐ Não bebo (Não posso beber)

19	Quantidade de bebida alcoólica por dia em dias de consumo Referência: 1 go de saquê (15% de álcool, 180 ml) equivale aprox. a: Cerveja (5%, 500 ml), Shochu (25%, cerca de 110 ml), Vinho (14%, cerca de 180 ml), Uísque (43%, 60 ml), Chuhai em lata (5%, cerca de 500 ml ou 7%, cerca de 350 ml)	1 ☐ Menos de 1 go 2 ☐ De 1 a menos de 2 go 3 ☐ De 2 a menos de 3 go 4 ☐ De 3 a menos de 5 go 5 ☐ 5 go ou mais
20	Você consegue descansar adequadamente durante o sono?	1 ☐ Sim 2 ☐ Não
21	Você pretende melhorar seus hábitos de vida, como exercício e alimentação? 1 ☐ Não tenho intenção de melhorar 2 ☐ Tenho intenção de melhorar (aprox. dentro de 6 meses) 3 ☐ Pretendo melhorar em breve (aprox. dentro de 1 mês) e já comecei aos poucos 4 ☐ Já estou trabalhando na melhoria (há menos de 6 meses) 5 ☐ Já estou trabalhando na melhoria (há 6 meses ou mais)	
22	Você já recebeu orientação de saúde (orientação de profissionais de saúde) para melhorar seus hábitos de vida?	1 ☐ Sim 2 ☐ Não

© A Pergunta 7 deve ser preenchida por pessoas com 75 anos ou mais.

Pergunta 7 : Itens do questionário para idosos (sistema de saúde para pessoas com 75 anos ou mais)

1	Como você avalia o seu estado de saúde atual?	1 Bom	2 Mais ou menos bom
		3 Normal	4 Não muito bom
		5 Ruim	
2	Você está satisfeito(a) com a sua vida diária?	1 Satisfeito(a)	
		2 Um pouco satisfeito(a)	
		3 Um pouco insatisfeito(a)	
		4 Insatisfeito(a)	
3	Você faz corretamente três refeições por dia?	1 Sim	2 Não
4	Em comparação com há seis meses, você passou a ter mais dificuldade para comer alimentos duros? (Alimentos duros incluem, por exemplo, lulas secas desfiadas e takuan)	1 Sim	2 Não
5	Você às vezes engasga ao beber chá ou sopas?	1 Sim	2 Não
6	Você perdeu 2 a 3 kg ou mais de peso nos últimos 6 meses?	1 Sim	2 Não
7	Você acha que sua velocidade de caminhada ficou mais lenta em comparação ao passado?	1 Sim	2 Não
8	Você caiu alguma vez no último ano?	1 Sim	2 Não
9	Você pratica caminhada ou outro tipo de exercício pelo menos uma vez por semana?	1 Sim	2 Não
10	As pessoas ao seu redor dizem que você tem esquecimento, como “sempre pergunta a mesma coisa”?	1 Sim	2 Não
11	Você às vezes não sabe que dia, mês ou data é hoje?	1 Sim	2 Não
12	Você fuma?	1 Fumo atualmente 2 Parei de fumar Apenas quem respondeu 1 ou 2: ____ cigarros por dia / total de ____ cigarros 3 Não	
13	Você sai de casa pelo menos uma vez por semana?	1 Sim	2 Não
14	Você costuma manter contato e convivência com familiares e amigos?	1 Sim	2 Não
15	Quando você não está se sentindo bem, há alguém próximo com quem você possa conversar ou pedir ajuda?	1 Sim	2 Não

【Contato】 Dentro do Iki Iki Hiroba da cidade de Takahama Kenko Suishin Group

0 5 6 6 – 9 5 – 9 5 5 8