

FICHA DE AVALIAÇÃO PARA TRIAGEM DE FEBRE

発熱トリアージ窓口 問診表

Por favor, responda às seguintes perguntas. Assim que preencher esta ficha, aguarde até a enfermeira vir a pegar sua ficha.

下記の内容にお答えください。記入後、看護師が回収いたします。そのまま、お待ちください。

Nome: _____ Data de nascimento Ano: _____/Mês _____/Dia: _____
氏名 生年月日 西暦 年 月 日

1. Quais os sintomas você está sentindo e há quanto tempo sente?

いつから、どのような症状がありますか

Há quanto tempo: () Começou hoje / _____ dias
いつから 今日から 日前から

Quais sintomas: どのような症状	<input type="checkbox"/> Febre 熱	<input type="checkbox"/> Coriza 鼻汁	<input type="checkbox"/> Obstrução nasal 鼻づまり	<input type="checkbox"/> Não sente gosto 味覚障害	<input type="checkbox"/> Não sente cheiros 嗅覚障害
	<input type="checkbox"/> Tosse 咳	<input type="checkbox"/> Fadiga 倦怠感	<input type="checkbox"/> Falta de ar 呼吸困難感	<input type="checkbox"/> Dor no peito 胸痛	<input type="checkbox"/> Outros その他

2. Teve contato com alguém com os sintomas acima em casa, escola ou trabalho?

上記の症状がある方と、同居または学校・職場などで接触しましたか

Sim (ある) Não (ない)

Onde: 場所	<input type="checkbox"/> Casa 同居	<input type="checkbox"/> Escola 学校	<input type="checkbox"/> Local de trabalho 職場	<input type="checkbox"/> Outros その他
-------------	-------------------------------------	---------------------------------------	--	--

3. Está sob observação do Centro de Saúde, recebendo ligações para monitoramento da saúde?

新型コロナウイルス感染症の患者と接触歴があるために保健所の観察対象となっていますか

<input type="checkbox"/> Sim, estou recebendo ligações de Centro de Saúde. 観察対象となっている (保健所から連絡があった)
<input type="checkbox"/> Não, não recebi ligações de Centro de Saúde. 観察対象となっていない (保健所から連絡はない)

4. Caso tenha tido contato com alguma pessoa infectada pelo novo coronavírus, com quem?

濃厚接触があった場合、それは誰ですか (同居者、会社の同僚など)

<input type="checkbox"/> Pessoas conviventes 同居者	<input type="checkbox"/> Colegas de trabalho 会社の同僚	<input type="checkbox"/> Amigos/ Conhecidos 知人・友人	<input type="checkbox"/> Outros その他
---	---	--	--

5. Por qual motivo você veio hoje?

本日 どのようなご予約で来院されましたか

<input type="checkbox"/> Consulta médica 外来受診	Hora marcada: 予約時間 ()
<input type="checkbox"/> Acompanhante 付き添い	
<input type="checkbox"/> Outros その他	

6. Você já foi vacinado contra o coronavírus?

コロナウイルスワクチン接種を行いましたか

Sim (はい) Não (いいえ)

<input type="checkbox"/> 1ª dose 1回接種済み
<input type="checkbox"/> 2ª dose 2回接種済み
<input type="checkbox"/> 3ª dose 3回接種済み

以下、病院記載 (医師の✓記載)

- 診察のみ → 外来診療・検査へ
 抗原検査 → 結果陰性のため、外来・検査へ
 PCR 検査実施
 ER 受診へ