

Para tomar o seu medicamento com segurança, criaremos um registro para você. Desulpe-nos pelo incomodo mas por favor responda a todas as perguntas abaixo. As informacoes pessoais nao serao usadas para outros fins.

Assinale a resposta certa e caso nao possa escrever em japonés pode ser em homanji.

				Sexo	
Nome completo				<input type="checkbox"/> Homem <input type="checkbox"/> Mulher	
Data de nascimento	Ano	Mes	Dia	Numero de telefone	— —
Endereco	〒 —				
Sobre a lingua japonesa		<input type="checkbox"/> Entende <input type="checkbox"/> Entende um pouco <input type="checkbox"/> Nao entende			

(1)	O remedio pode ser generico?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Nao
(2)	Voce possui a cardeneta de medicamentos?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Nao
(3)	Ja tomou algum remedio ou injecao e deu alguma reacao alergica ou sentiu se mal?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Nao
		<input type="checkbox"/> Pinicirina, Analgesico <input type="checkbox"/> Antibiotico <input type="checkbox"/> Anestesicos <input type="checkbox"/> Outros	
(4)	Alem dos medicamentos tem alergica a alguma coisa?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Nao
		<input type="checkbox"/> Ovo <input type="checkbox"/> Leite <input type="checkbox"/> Peixe cavala <input type="checkbox"/> Soja <input type="checkbox"/> Amendoim <input type="checkbox"/> Polem <input type="checkbox"/> Poeira <input type="checkbox"/> Animal <input type="checkbox"/> Outros ( )	
(5)	No momento esta tomando algum medicamento ou suprimentos?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Nao
		<input type="checkbox"/> Doenca do coracao <input type="checkbox"/> Doenca hepatica <input type="checkbox"/> Pressao alta <input type="checkbox"/> Diabeter <input type="checkbox"/> Doenca Renal <input type="checkbox"/> Pilulas para dormir <input type="checkbox"/> Analgesicos <input type="checkbox"/> Remedio para ulcera ou do aparelho digrstivo <input type="checkbox"/> Outros ( )	
(6)	Ate agora teve algum problema de saude?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Nao
		<input type="checkbox"/> Pressao alta <input type="checkbox"/> Diabete <input type="checkbox"/> Colesterol <input type="checkbox"/> Doenca no coracao <input type="checkbox"/> Glaucoma <input type="checkbox"/> Prostata <input type="checkbox"/> Estomago, Ulcera duodenal <input type="checkbox"/> Doenca hepatica <input type="checkbox"/> Doenca renal <input type="checkbox"/> Outros ( )	
(7)	Alimentos ou bebidas que consome com frequencia	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Nao
		<input type="checkbox"/> Bebida alcoolica <input type="checkbox"/> Cigarro <input type="checkbox"/> Café <input type="checkbox"/> Leite <input type="checkbox"/> Outros ( )	
(8)	Dirige carro ou mto?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Nao
(9)	Todos os dias a que horas faz suas refeicoes?	Manha _____ Horas Almoco _____ Horas Jantar _____ Horas	
(10)	A que horas dorme e acorda todos os dias?	_____ Horas _____ Horas ~ _____ Hora	
(11)	Somente para as mulheres	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Nao
	Esta gravida ou amamentando?	<input type="checkbox"/> Estou gravida (Previsao do nascimento Dia Ano Mes) <input type="checkbox"/> Estou amamentando (Quantos meses tem a crianca? )	

Muito obrigada pela ajuda e compreensao (Data de hoje: Ano Mes Dia)

Associacao Farmaceutica de Nishiyodogawaku.

に～よん地域包括ケアシステム委員