



PESQUISA SOBRE A SAÚDE DA CRIANÇA NA ESCOLA

COFIDENCIAL

保健調査票

Esta pesquisa tem por objetivo conhecer o estado de saúde física e mental da criança, e será usada como material complementar nos exames médicos que serão realizadas na escola, também servirá como referência na gestão de saúde, durante a estadia da criança na escola.

Esta pesquisa é extremamente confidencial, portanto, pedimos respostas precisas.

Nome da escola primária		Ano letivo de matrícula 令和 Ano Reiwa 年度入学
Nome da escola Secundária		Ano letivo de matrícula 令和 Ano Reiwa 年度入学

Nome do Aluno	Furigana フリガナ						Data de Nasc.: aa__ mm__ dd__		
							M 男	F 女	
Série	1ª.	2ª.	3ª.	4ª.	5ª.	6ª.	1ª.	2ª.	3ª.
Classe									
número									
Data de preenchimento	mm ____ / dd ____	mm ____ / dd ____	mm ____ / dd ____	mm ____ / dd ____	mm ____ / dd ____	mm ____ / dd ____	mm ____ / dd ____	mm ____ / dd ____	mm ____ / dd ____
carímbo do Responsável									

Endereço Residencial e (Fone)	()
Contato (nome e fone) em caso de emergência	()

1 Preencher sobre as doenças que seu filho(a) contraiu no passado.

(Faça um círculo no número das doenças que contraiu; preencha a idade da época em que ocorreu e o estado atual)

※ Se os itens de 1 à 8 não se enquadram, por favor descreva a doença que a criança já teve no item 9.

Nome da doença	idade na época (anos)	Estado atual (marque um <input type="radio"/> estado em que se encontra)			Instituição médica	Toma remédio? (marque com <input type="radio"/>)	
		em tratamento	em observação	curado		Sim	Não
1 Doença cardíaca (especifique:)	anos						
2 Doença renal (especifique:)	anos						
3 Doença de Kawasaki (especifique:)	anos						
4 Asma brônquica	anos						
5 Distúrbios convulsivos	anos						
6 Doença de Ouvido, Nariz e Laringe (especifique:)	anos						
7 Doenças oculares (especifique:)	anos						
8 Disfunção motora das extremidades	anos						
9	anos						

2 Por favor informe-nos as vacinas que a criança já tomou, marcando com um e escreva a idade que tinha no momento da vacinação ou a idade em que contraiu a doença.

※ Se sua criança teve outras vacinações, por favor descreva na linha em branco abaixo.

Nome da doença (vacina)	Não-vacinada	Idade em que a criança foi vacinada (a: anos or m: meses)	não sabe	idade em que contraiu
Sarampo		1ª adm.: idade (a/ m) / 2ª adm.: idade (a/ m)		anos
Rubéola		1ª adm.: idade (a/ m) / 2ª adm.: idade (a/ m)		anos
Catapora (Varicela)		1ª adm.: idade (a/ m) / 2ª adm.: idade (a/ m)		anos
Caxumba (Parotidite)		1ª adm.: idade (a/ m) / 2ª adm.: idade (a/ m)		anos
Encefalite Japonesa		1ª adm.: idade (a/ m) / 2ª adm.: idade (a/ m) 3ª adm.: idade (a/ m) / 4ª adm.: idade (a/ m)		anos
Vacina triplice (DPT)		1ª adm.: idade (a/ m) / 2ª adm.: idade (a/ m) 3ª adm.: idade (a/ m) / 4ª adm.: idade (a/ m)		anos
Vacinas de 4 tipos combinados (DPT-IPV)		1ª adm.: idade (a/ m) / 2ª adm.: idade (a/ m) 3ª adm.: idade (a/ m) / 4ª adm.: idade (a/ m)		anos
Vacina Pneumocócica		1ª adm.: idade (a/ m) / 2ª adm.: idade (a/ m) 3ª adm.: idade (a/ m) / 4ª adm.: idade (a/ m)		anos
Hib		1ª adm.: idade (a/ m) / 2ª adm.: idade (a/ m) 3ª adm.: idade (a/ m) / 4ª adm.: idade (a/ m)		anos
				anos

3 Preencha sobre alergia que seu filho possui (Marque com um círculo as opções de alergia que seu filho tem/tinha; preencha a idade da época, e o nome dos alimentos, e remédios que é alérgico etc)

※ Para outra alergia se for o caso, descreva o nome da doença, elemento, situação atual, etc., na linha em branco abaixo.

Sintomas / Nome da doença	Sim	Não	idade em que contraiu	Estado atual
Alergia aos alimentos			anos	Consultou a médico? (Sim, Não) Nome de hospital () Principais Sintomas (Nome do alimento:)
Alergia aos remédios			anos	Consultou a médico? (Sim, Não) Nome de hospital () Principal Sintomas (Nome do remédio)
Picada de abelhas			anos	Consultou a médico? (Sim, Não) Nome de hospital () Principais Sintomas ()
Remédio em caso de emergência (com prescrição médica)			anos	Nome do hospital que vc está consultando () Remédio oral (), Adrenalina que aplica vc mesmo: (anos)
Alergia ao pólen			anos	em tratamento (anos) em observação (anos) curado (anos)
Rinite alérgica			anos	em tratamento (anos) em observação (anos) curado (anos)
Conjuntivite alérgica			anos	em tratamento (anos) em observação (anos) curado (anos)
Dermatite atópica			anos	em tratamento (anos) em observação (anos) curado (anos)

4 Preencha a temperatura corporal normal da criança.

Série	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	1ª	2ª	3ª
Temperatura corporal	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C

5 Questionários sobre Tuberculose

Marque com um círculo nas opções que se enquadram no estado da criança, na coluna da série atual.

Item	1ª		2ª		3ª		4ª		5ª		6ª		1ª		2ª		3ª	
A criança já teve enfermidades relacionadas com a tuberculose (ex. infiltração dos pulmões, pleurisia, tuberculose dos gânglios linfáticos, especialmente os do pescoço)? Caso sim, Quando (ano/mês)? →	Não ↓ a:	Sim ↓ m:	Não ↓ a:	Sim ↓ m:	Não ↓ a:	Sim ↓ m:	Não ↓ a:	Sim ↓ m:	Não ↓ a:	Sim ↓ m:	Não ↓ a:	Sim ↓ m:	Não ↓ a:	Sim ↓ m:	Não ↓ a:	Sim ↓ m:	Não ↓ a:	Sim ↓ m:
A criança já tomou remédio preventivo por ter sido suspeita de tuberculose? Caso sim, Quando (ano/mês)? →	Não ↓ a:	Sim ↓ m:	Não ↓ a:	Sim ↓ m:	Não ↓ a:	Sim ↓ m:	Não ↓ a:	Sim ↓ m:	Não ↓ a:	Sim ↓ m:	Não ↓ a:	Sim ↓ m:	Não ↓ a:	Sim ↓ m:	Não ↓ a:	Sim ↓ m:	Não ↓ a:	Sim ↓ m:
Após o nascimento da criança, alguém da família ou algum contato próximo contraíu tuberculose? Caso sim, Quando (ano/mês)? →	Não ↓ a:	Sim ↓ m:	Não ↓ a:	Sim ↓ m:	Não ↓ a:	Sim ↓ m:	Não ↓ a:	Sim ↓ m:	Não ↓ a:	Sim ↓ m:	Não ↓ a:	Sim ↓ m:	Não ↓ a:	Sim ↓ m:	Não ↓ a:	Sim ↓ m:	Não ↓ a:	Sim ↓ m:
Nos últimos 3 anos, a criança morou no exterior (fora do Japão) por 6 meses ou mais? Caso sim, favor responder ao item abaixo ↴	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não
Em que país (países) ela estava? →	país	país	país	país	país	país	país	país	país	país	país	país	país	país	país	país	país	país
A criança está com 「tosse」ou「catarro (escarro)」 contínuos nas últimas duas semanas? Caso sim, responda as perguntas abaixo ↴	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não
Se for sim,	Devido à「tosse」ou「escarro」, está em tratamento médico ou realizando exames específicos?	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não
	Foi diagnosticado que a criança sofre de asma, bronquite asmática, etc?	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não
A criança recebeu a vacina preventiva BCG? (no Japão, é do tipo carimbo)	Sim: → Quando? Ano__ Mês:___ Dia___ ou Não sabe Não-vacinada: → Descreva o motivo: () Teste tuberculínico positivo. () Outro()																	

6 Preencha aqui, se você tiver qualquer outra preocupação com a saúde do seu filho, tais como doenças, ferimentos, etc, que você gostaria de informar previamente à escola. Caso contrário, marque com um círculo na coluna "なし".

1ª		なし
2ª		
3ª		
4ª		
5ª		
6ª		
1ª		
2ª		
3ª		

7 Marque com um círculo nas opções que se enquadram no estado de saúde do seu filho. Marque na coluna da série atual.

Caso nenhuma das opções se encaixam no estado de saúde da criança, por favor marque um "L" na coluna correspondente a série atual.

		Sintomas	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	1ª	2ª	3ª
Medicina Interna	1	A criança parece pálida com frequência dando o parecer de que não está passando bem.									
	2	Recentemente, a criança perdeu muito peso(emagreceu)de forma notável.									
	3	A criança tem "falta de ar" e "palpitações", mesmo com pequenos movimentos.									
	4	A criança tem dificuldade de acordar de manhã e muitas vezes chega atrasado às aulas.									
	5	A criança sofre de diarréia grave e dor abdominal que é suficiente para afetar sua vida diária.									
	6	A criança ocasionalmente sofre de uma terrível dor de cabeça , e isso pode afetar a sua vida de alguma forma.									
	7	Sempre que bebe leite, a criança sofre de diarréia ou dor abdominal.									
	8	Recentemente, a criança costuma beber muita água, por sentir sede sempre.									
	9	Observa-se recentemente que a criança fala em murmúrio sozinho inconscientemente ou emite uma voz estranha.									
	10	A criança tem coceira na pele e às vezes se arranha, mesmo durante o sono.									
Otorrinaringologia	11	Durante uma conversa a criança frequentemente pergunta o que disseram.									
	12	A criança frequentemente espirra e descarrega secreção nasal aquosa.									
	13	A criança frequentemente descarrega secreção nasal purulenta (ou catarro com cor).									
	14	A criança fica com o nariz entupido com frequência.									
	15	A criança tem hemorragia nasal. (Excepto por lesão)com frequência.									
	16	A criança ronca frequentemente quando dorme.									
	17	Observa-se que a pronúncia (som da fala) da criança é motivo de preocupação.									
Oftalmologia	18	A criança tem dificuldade em ver as coisas. Ao olhar para a distância, a criança força seus olhos estreitando-os.									
	19	A criança muitas vezes sente dificuldade para distinguir as cores ou reconhece incorretamente. (A criança é incapaz de distinguir certas cores parcial ou totalmente).									
	20	Às vezes inclina a cabeça para ver as coisas, força o olhar entortando os olhos para cima, e não consegue olhar na frente focando rosto de alguém.(Chamado estrabismo)									
	21	Observa-se que dos olhos da crianças ou ambos estão desviados para dentro. (Chamado esotropia ou estrabismo)									
	22	A criança tem coceira nos olhos, secreção nos olhos ou olhos vermelhos com frequência.									
	23	A criança tem síndrome do olho seco, ou fluxo excessivo de lágrimas, com frequência (chamado epífora ou olhos lacrimajantes)									
	24	A criança usa óculos ou lentes de contato.									
Ortopedia	25	A criança às vezes tem dor nas articulações (lombar, joelho, etc.)									
	26	A criança às vezes sente dor ao movimentar os braços ou as pernas.									
	27	A Coluna vertebral da criança está curvada ou distorcida. Se a aparência da coluna vertebral da criança se enquadrada em qualquer uma das ilustrações de ① à ④ na figura 27 em anexo, marque com um "O"(círculo) na coluna à direita.									
	28	A criança sente dor quando curva o corpo para frente ou para trás (alongamento).									
	29	A criança tem dificuldade de ficar em pé com uma perna por mais de 5 segundos.									
	30	A criança tem dificuldade de ficar em posição agachada no chão, mantendo-se equilibrado com toda a sola dos seus pés em contato com o chão.									
	31	Quando esticar os braços com as palmas das mãos abertas para cima, a criança tem dificuldade de esticar os braços rentes ou tem dificuldade para dobrar os braços.									
	32	A criança tem dificuldade para levantar reto, ambos os braços até tocar aos seus ouvidos.									
Odontologia	33	A criança tem dor de dente ou sente dor aguda em um dos dentes.									
	34	Ao abrir a boca, a criança sente dor nas articulação da mandíbula ou ouve um barulho estranho.									
	35	As vezes a criança sente dificuldade de mastigar alimentos ao comer.									
	36	Observa-se que o alinhamento dos dentes são motivo da preocupação.									
	37	Observa-se que hálito da criança é preocupante.									
	38	A criança tem inflamação e sangramento nas gengivas frequentemente .									
Outras	39	A criança ocasionalmente sofre de insônia.									
	40	A criança fica com enjôo facilmente ao viajar com algum tipo de transporte.									
	41	De repente a criança perde ocasionalmente a consciência , sem nenhum motivo especial.									
	42	Ao se machucar, a ferida se inflama com facilidade e tem dificuldade de cicatrizar?									
	43	A pele da criança é susceptível de erupção.									
Se nenhum dos itens acima de 1 à 43 for aplicável a condição do seu filho, por favor, marque com "L" na coluna do lado direito .											

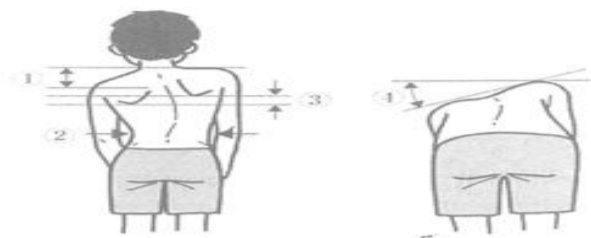
※Para os itens de 27 à 32 acima, por favor consulte as ilustrações na página do lado esquerdo.

Referência

Ilustrações com relação aos questionários 27 a 32

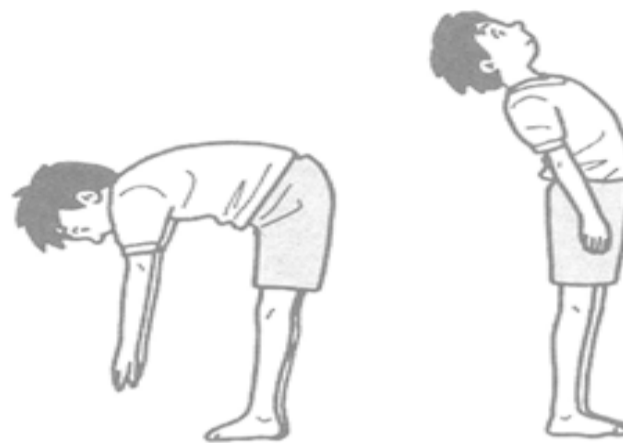
27. Coluna vertebral da criança está curvada ou distorcida.

- ① A diferença de altura em ambos os ombros.
- ② Cinturas em ambos os lados são assimétricas.
- ③ A diferença de altura em ambas as escáplas
- ④ Diferença de altura dorsal, quando dobra para frente.



Se algum dos itens de (1) a (4) se aplicar, insira um círculo na coluna 27.

28. A criança sente dor quando curva o corpo para frente ou para trás (ou ao se alongar).



Dor ao curvar a coluna para frente

Dor ao curvar o corpo para trás

Se você sentir dor ao se curvar para frente ou para trás, circule o item 28 na coluna de notas correspondente.

29. A criança tem dificuldade de ficar em pé com uma perna por mais de 5 segundos.

Cambaleia ao ficar de pé com uma perna

(Verifique tanto à esquerda quanto à direita)

Se você estiver cambaleando ou incapaz de ficar em pé com uma perna por mais de 5 segundos, insira um círculo na coluna 29



30. A criança tem dificuldade de ficar em posição agachada, mantendo toda a sola de seus pés em contato com o chão.



Se há dificuldade para se equilibrar, se cair para trás ou se sentir dor ao agachar, circule o item 30. Mesmo que não tenha os outros sintomas, se você sentir dor ao agachar, é possível circular também

31. Quando esticar os braços com as palmas das mãos abertas para cima, a criança tem uma dificuldade de esticar os braços totalmente ou tem dificuldade para dobrar os braços totalmente até que a mão toca o ombro com o dedo.



Se houver algum item citado acima que se aplica na condição da criança, insira um círculo na coluna 31.

32. A criança tem dificuldade de levantar ambos os braços até tocar os seus ouvidos.



Se não conseguir, insira um círculo na coluna de 32.