

## Ficha de solicitação de consulta médica

## 診療申込書

|   |   |                    |  |
|---|---|--------------------|--|
| Nome completo   |   | Sexo               | <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino |
| Data de nascimento (ano/mês/dia)  | 20 / /  | Idade              | anos   |
| Endereço ou local de estadia no Japão                                     |   |                    |  |
| Código postal   |   |                    |  |
| Endereço no seu país de origem (apenas para aqueles em curta permanência) |   |                    |  |
|   |   |                    |  |
| Telefone (residencial)  |   | Telefone (celular) |  |
| Nacionalidade   |   | Língua materna     |  |
| Idiomas que fala além da língua materna                                   | <input type="checkbox"/> Inglês <input type="checkbox"/> Chinês <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Tagalog <input type="checkbox"/> Espanhol<br><input type="checkbox"/> Outros ( ) |                    |  |
| Intérprete  | <input type="checkbox"/> Necessário <input type="checkbox"/> Desnecessário  |                    |  |

## Contato em caso de emergência

|                        |  |                        |  |
|------------------------|--|------------------------|--|
| Nome completo          |  | Relação com o paciente |  |
| Endereço               |  |                        |  |
| Telefone (residencial) |  | Telefone (celular)     |  |

## ● Qual o motivo da sua estadia no Japão?

- Moro no Japão  Curta permanência ( Negócios  Turismo)  Estudante bolsista  
 Outros ( )

## ● Esta é a primeira consulta neste hospital?

Sim  Não

## ● Possui uma carta de apresentação médica?

Sim  Não

## ● Marcou hora?

Sim  Não

## ● A consulta de hoje está relacionada com um acidente de trabalho (durante o trabalho, no trajeto de ida ou volta do trabalho) ou um acidente de trânsito?

Sim  Não

## Tipo de seguro

Seguro japonês ( Seguro público  Seguro privado)

Seguro de outro país (nome da companhia de seguros: )

**\*Por favor, caso tenha em mãos apresente o cartão de seguro ou um documento relacionado.**

Não tenho seguro

## Departamento clínico que deseja consultar

- 1 Cirurgia ortopédica  2 Medicina psicossomática  3 Otorrinolaringologia  4 Dermatologia  5 Clínica geral  
 6 Dep. cirúrgico  7 Odontologia  8 Oftalmologia  9 Neurocirurgia  10 Pediatria  
 11 Obstetrícia e/ou ginecologia  12 Pneumologia  13 Cirurgia respiratória  
 14 Cardiologia  15 Gastroenterologia  16 Nefrologia e Diabetes  17 Urologia  18 Neurologia  
 19 Não sei qual departamento clínico que devo consultar

\* A informações pessoais do paciente serão manipuladas de acordo com o regulamento interno do hospital.

\* Quanto as despesas, consulte o hospital (por exemplo, sobre os gastos médicos do tratamento requerido).