

[4] 診断書 (Atestado Médico)

(Preenchido pelo médico responsável)

患者氏名 _____
Nome do paciente

性別 _____
Sexo

年齢 _____
Idade

診断名
Diagnóstico

症状出現日 _____
Data do primeiro sintoma (dia/mês/ano)

初診日 _____
Data da primeira consulta (dia/mês/ano)

治療日 _____ de _____ a _____
Período do tratamento (dia/mês/ano) (dia/mês/ano)

入院 _____ de _____ a _____
Período da internação (dia/mês/ano) (dia/mês/ano)

手術名 _____
Nome da operação cirúrgica

他の疾病の影響はありますか ☐ はい Sim _____ ☐ いいえ Não
Existem outras doenças que afetam o diagnóstico neste caso ? Caso sim, escreva a doença :

治療歴がありますか ☐ はい Sim _____ ☐ いいえ Não
Existe algum histórico de tratamento para este sintoma? Caso sim, favor preencher a data do tratamento (dia/mês/ano):

歯科疾病、妊娠、出産、流産及びそれらに起因する病気ですか。
☐ はい Sim ☐ いいえ Não

A doença pode estar relacionada com alguma das seguintes opções:
Doença odontológica, gravidez, parto ou aborto?

慢性病の継続治療、健康診断或いは予防接種ですか。
☐ はい Sim ☐ いいえ Não
É um tratamento contínuo para doença crônica, check-up ou vacinação?

作成日 _____
Data (dia/mês/ano)

病院名
Hospital emissor

医師署名 _____
Assinatura do médico responsável