

健康チェック表
Lista de Checagem de Saúde

コロナウイルス感染予防のため、健康チェックし、伝えましょう。

- Para prevenir contra a infecção do coronavírus vamos checar a saúde e informar.
病院・診療所に行ったとき、自分の健康を伝えましょう。
- Quando for ao hospital・clínica, vamos informar sobre o estado de saúde.
すぐに、受診できるように、チェック表に記入しましょう。
- Para poder ser atendido logo, vamos preencher a lista de checagem.



発熱
Febre



息苦しさ
Dificuldade para respirar



強いだるさ
Sente um forte cansaço físico

1	体温 Temperatura	() 度 () graus	
2	のどの痛み Sente dor na garganta	あり <input type="checkbox"/> Sim	なし <input type="checkbox"/> Não
3	せき Tem tosse	あり <input type="checkbox"/> Sim	なし <input type="checkbox"/> Não
4	息苦しさ Dificuldade para respirar	あり <input type="checkbox"/> Sim	なし <input type="checkbox"/> Não
5	鼻汁(鼻水) Coriza (Nariz escorrendo)	あり <input type="checkbox"/> Sim	なし <input type="checkbox"/> Não
6	強いだるさ Sente um forte cansaço físico, moleza	あり <input type="checkbox"/> Sim	なし <input type="checkbox"/> Não
7	頭が痛い Dor de cabeça	あり <input type="checkbox"/> Sim	なし <input type="checkbox"/> Não
8	においがわからない Não sente cheiro	あり <input type="checkbox"/> Sim	なし <input type="checkbox"/> Não
9	味がわからない Não sente gosto	あり <input type="checkbox"/> Sim	なし <input type="checkbox"/> Não
10	下痢 Diarréia	あり <input type="checkbox"/> Sim	なし <input type="checkbox"/> Não

1	2週間以内に37.5度以上の発熱がありましたか Durante 2 semanas teve febre com mais de 37,5graus	はい <input type="checkbox"/> Sim	いいえ <input type="checkbox"/> Não
2	2週間以内に県外に行きましたか Durante 2 semanas esteve fora da Província	はい <input type="checkbox"/> Sim	いいえ <input type="checkbox"/> Não
2-1)	はいの方 何県ですか Para a pessoa que respondeu SIM. Em que Província esteve? ()		
3	2週間以内に外国に行きましたか Durante 2 semanas esteve no exterior	はい <input type="checkbox"/> Sim	いいえ <input type="checkbox"/> Não
3-1)	はいの方 どの国ですか Para a pessoa que respondeu SIM. Em que País esteve? ()		
4	一緒に住んでいる方が、県外に行きましたか Alguém que mora junto, esteve fora da Província?	はい <input type="checkbox"/> Sim	いいえ <input type="checkbox"/> Não
4-1)	はいの方 何県ですか Para a pessoa que respondeu SIM. Em que Província esteve? ()		
5	一緒に住んでいる方が、国外に行きましたか Alguém que mora junto, esteve no exterior?	はい <input type="checkbox"/> Sim	いいえ <input type="checkbox"/> Não
5-1)	はいの方 どの国ですか Para a pessoa que respondeu SIM. Em que país esteve? ()		
6	2週間以内に、家族以外の人と集団で食事をしましたか Durante 2 semanas fez alguma refeição com alguma pessoa além da família e/ou em grupo?	はい <input type="checkbox"/> Sim	いいえ <input type="checkbox"/> Não
7	2週間以内に、新型コロナウイルスの患者や、その疑いがある患者との接触がありましたか Durante 2 semanas, teve contato com algum paciente infectado com coronavírus, ou com algum paciente suspeito de estar contagiado?	はい <input type="checkbox"/> Sim	いいえ <input type="checkbox"/> Não

イラスト:かわいいフリー素材集いらすとや

<https://www.irasutoya.com/>

健康チェック表

(保育園・幼稚園・こども園用)

Lista de Checagem de Saúde

コロナウイルス感染予防のため、健康をチェックしましょう。

- Para prevenir contra o coronavírus vamos checar a saúde.

幼稚園・保育所・こども園に行ったとき、先生に、こどもの健康を伝えましょう。

- Quando for ao jardim de infância, pré-escola, creche informe o estado de sua saúde ao professor. チェック表に記載しましょう。先生に、みせましょう。
- Vamos preencher a lista de checagem. Vamos mostrar ao professor.



発熱

Febre



息苦しさ

Dificuldade para respirar



強いだるさ

Sente um forte cansaço físico,moleza

体温	() 度	
1 Temperatura	() graus	
のどの痛み	あり	なし
2 Sente dor na garganta	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
せき	あり	なし
3 Tem tosse	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
息苦しさ	あり	なし
4 Dificuldade para respirar	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
鼻汁(鼻水)	あり	なし
5 Coriza (Nariz escorrendo)	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
強いだるさ	あり	なし
6 Sente um forte cansaço físico,moleza	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
頭が痛い	あり	なし
7 Dor de cabeça	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
においがわからない	あり	なし
8 Não sente cheiro	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
味がわからない	あり	なし
9 Não sente gosto	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
下痢	あり	なし
10 Diarréia	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

2週間以内に37.5度以上の発熱がありましたか	はい	いいえ
1 Durante 2 semanas teve febre com mais de 37.5graus	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
2週間以内に県外に行きましたか	はい	いいえ
2 Durante 2 semanas esteve fora da Província	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
はいの方 何県ですか		
2-1) Para a pessoa que respondeu SIM. Em que Província esteve? ()		
2週間以内に外国に行きましたか	はい	いいえ
3 Durante 2 semanas esteve no exterior	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
はいの方 どの国ですか		
3-1) Para a pessoa que respondeu SIM. Em que País esteve? ()		
一緒に住んでいる方が、県外に行きましたか	はい	いいえ
4 Alguém que mora junto, esteve fora da Província?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
はいの方 何県ですか		
4-1) Para a pessoa que respondeu SIM. Em que Província esteve? ()		
一緒に住んでいる方が、国外に行きましたか	はい	いいえ
5 Alguém que mora junto, esteve no exterior?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
はいの方 どの国ですか		
5-1) Para a pessoa que respondeu SIM. Em que país esteve? ()		
2週間以内に、家族以外の人と集団で食事をしましたか	はい	いいえ
6 Durante 2 semanas fez alguma refeição com alguma pessoa além da família e/ou em grupo?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
2週間以内に、新型コロナウイルスの患者や、その疑いがある患者との接触がありましたか	はい	いいえ
7 Durante 2 semanas, teve contato com algum paciente infectado com coronavírus, ou com algum paciente suspeito de estar contagiado?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

今日はお休みしましょう。
<input type="checkbox"/> Hoje vamos descansar.
家に、いましょう。
<input type="checkbox"/> Vamos ficar em casa.
病院に行きましょう。
<input type="checkbox"/> Vamos para o hospital.

毎日の健康チェック表

Lista de Checagem de Saúde Diária

ポルトガル語版 Ver.0

2020. 11.25. 作製

名前

No

Nome

コロナウイルス感染予防のため、毎日、健康をチェックしましょう。

Para prevenir contra a infecção do coronavírus ,vamos checar a saúde todos os dias.

	月Mês	日Data	月Mês	日Data	月Mês	日Data	月Mês	日Data	月Mês	日Data	月Mês	日Data	月Mês	日Data
体温	()度	()度	()度	()度	()度	()度	()度	()度	()度	()度	()度	()度	()度	()度
1 Temperatura	() graus	() graus	() graus	() graus	() graus	() graus	() graus	() graus	() graus	() graus	() graus	() graus	() graus	() graus
のどの痛み	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし
2 Sente dor na garganta	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
せき	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし
3 Tem tosse	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
息苦しさ	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし
4 Dificuldade para respirar	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
鼻汁(鼻水)	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし
5 Coriza (Nariz escorrendo)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
強いだるさ	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし
6 Sente um forte cansaço físico,moleza	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
頭が痛い	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし
7 Dor de cabeça	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
においがわからない	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし
8 Não sente cheiro	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
味がわからない	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし
9 Não sente gosto	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
下痢	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし
10 Diarréia	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
県外に行きましたか	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし
11 Esteve em outras Províncias?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
はいの方 何県ですか														
11-1 Para a pessoa que respondeu SIM. Em que Província esteve?	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()
国外に行きましたか	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし
12 Esteve em outros países?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
はいの方 どの国ですか														
12-1 Para a pessoa que respondeu SIM. Em que País esteve?	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()