（ポルトガル語）

令和 Reiwa, Ano: 年 Mês: 月 Dia: 日

Questionário para o Exame Odontológico

歯科検診用アンケート

Série: 年Classe: 組Nº: 番 M男 ・ F女 氏名 Nome: .

Este questionário será utilizado para fazer o exame odontológico na escola. Favor preenchê-lo corretamente. (Marque as respostas com um círculo.)

この調査は学校で行う歯科検診に用いるものですので、ありのままを記入してください。（いずれかを○で囲み、該当事項を記入してください）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| １ | （１） | Tem dificuldade para abrir a boca?  口があきにくいですか | **Sim Não**  はい いいえ |
| （２） | Tem dores nas articulações do queixo (na frente ou abaixo da orelha) ao abrir a boca?  口をあくときに、あごの関節（耳の前・下）が痛みますか | **Sim Não**  はい いいえ |
| （３） | Faz algum ruído estranho nas articulações do queixo ao abrir ou fechar a boca?  口を開けたり、とじたりするときに、あごの関節のところでガクンとかゴリゴリとか変な音がしますか | **Sim Não**  はい いいえ |
| ２ | （１） | Além da cárie e alinhamento dos dentes, há alguma observação que queira comunicar ao dentista?  虫歯や歯並びの他に、検診時、特にみてもらいたい点がありますか。 | **Sim Não**  はい いいえ |
| （２） | Caso tenha respondido “Sim”, escreva detalhadamente.  「はい」の場合、具体的に記入してください。 | |

\* Caso apresentar anormalidades ou afecções, comunicaremos através do “Resultado do Exame Odontológico”.

※　検診の結果、疾病及び異常の疑いが認められた場合は「歯の検査結果のお知らせ」でお知らせします。