

# Ficha de inscrição para consulta 診察申込書 (ポルトガル語)

data ano mês dia  
 記入日 年 月 日

nome 名前		sexo 性別	masc / fem 男・女	data de nascimento 生年月日	ano 年	mês 月	dia 日	idade 年齢		
endereço 住所				telefone TEL						
profissão 職業			nacionalidade 国籍			religião 宗教				
local de trabalho ou nome da escola 勤務先または学校名				telefone TEL						
endereço do local de trabalho ou da escola 勤務先または学校の住所										
tipo de seguro 保険の種類	Seguro Nacional de Saúde 国民健康保険		Seguro Social de Saúde (titular-família) 会社の健康保険 (本人・家族)			Seguro Privado プライベート保険				
	Seguro-Idoso 老人保険		Auxílio Subsistência 生活保護			Não possui seguro 保険なし				
especialidade pelo qual quer passar 受けたい診療科目	Clínica Geral 内科	Cirurgia em geral 外科	Ortopedia 整形外科	Cirurgia Plástica 形成外科	Neuro-Cirurgia 脳神経外科	Pediatria 小児科	Psiquiatria 精神科			
	Neurologia 神経内科	Ginecologia e Obstetrícia 産婦人科	Dermatologia 皮膚科	Urologia 泌尿器科	Oftalmologia 眼科	Otorrinolaringologia 耳鼻咽喉科				
	Fisioterapia リハビリテーション科	Anestesiologia 麻酔科	Odontologia 歯科	Ortodontia 矯正歯科	outros ( ) その他					