

I. 既往病史 既往歴

- | | |
|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 高血压
高血圧 | <input type="checkbox"/> 肺结核
肺結核 |
| <input type="checkbox"/> 低血压
低血圧 | <input type="checkbox"/> 关节痛
関節痛 |
| <input type="checkbox"/> 心脏病
心臓病 | <input type="checkbox"/> 腰痛
腰痛 |
| <input type="checkbox"/> 肝病
肝臓病 | <input type="checkbox"/> 胃・十二指肠溃疡
胃・十二指腸潰瘍 |
| <input type="checkbox"/> 肾病
腎臓病 | <input type="checkbox"/> 贫血
貧血 |

● 过敏症 アレルギー

- | | |
|---------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 荨麻疹
じんましん | <input type="checkbox"/> 哮喘病
ぜんそく |
| <input type="checkbox"/> 药物过敏
薬疹 | <input type="checkbox"/> 无
特になし |

II. 全身症状 全身の症状

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 发烧
熱がある | <input type="checkbox"/> 发冷，发抖
さむけ、ふるえ(非常に寒くて身ぶるいする感じ) |
| <input type="checkbox"/> 盗汗
寝汗をかく | <input type="checkbox"/> 错喝了东西
誤って物を飲んだ |
| <input type="checkbox"/> 睡不着
眠れない | |
| <input type="checkbox"/> 浑身无力
身体がだるい | |