

I . PATIENT'S HISTORY 既往歴

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> high blood pressure
高血圧 | <input type="checkbox"/> Tuberculosis
肺結核 |
| <input type="checkbox"/> low blood pressure
低血圧 | <input type="checkbox"/> Arthralgia
関節痛 |
| <input type="checkbox"/> heart disease
心臓病 | <input type="checkbox"/> Lumbago
腰痛 |
| <input type="checkbox"/> liver disease
肝臓病 | <input type="checkbox"/> Gastric · Duodenal ulcer
胃・十二指腸潰瘍 |
| <input type="checkbox"/> Kidney disease
腎臓病 | <input type="checkbox"/> Anemia
貧血 |

● ALLERGIES

アレルギー

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hives
じんましん | <input type="checkbox"/> Asthma
ぜんそく |
| <input type="checkbox"/> Drug allergies
薬疹 | <input type="checkbox"/> No allergies
特になし |

II . PHYSICAL CONDITION 全身の症状

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> I have a fever
熱がある | <input type="checkbox"/> I feel cold and an shivering
さむけ、ふるえ(非常に寒くて
身ぶるいする感じ) |
| <input type="checkbox"/> I sweat while asleep
寝汗をかく | <input type="checkbox"/> I Mistakenly drank something
誤って物を飲んだ |
| <input type="checkbox"/> I cannot sleep
眠れない | |
| <input type="checkbox"/> I feel sluggish
身体がだるい | |