



# チェックリスト

どんな症状で来院されましたか？ 該当する項目に印をつけてください。

ワット イズ ユア コンプレイント ウィッチ ハズ ボウト ユ トゥ ザ ホスピタル プリーズ チェック オフ パーティネント データ

What is your complaint which has brought you to the hospital? Please check off pertinent data.

熱がある

フィーバー  
Fever

痛みがある

ペイン  
Pain

吐き気

ヴァミッティン  
Vomiting

下痢をしている

ダイアリア  
Diarrhea

体がだるい

フィーリング タイアード  
Feeling tired

食欲がない

ノー アピタイト  
No appetite

咳が辛い

ハード コフィング  
Hard coughing

鼻水が止まらない

ラニィ ノーズ  
Runny nose

悪心がする

フィーリング バッド  
Feeling bad

便秘をしている

コンスティペイション  
Constipation

胸が苦しい

ペイン イン ザ チェスト  
Pain in the chest

息切れ

ショートネス オブ ブレス  
Shortness of breath

動悸がする

パルピテーション  
Palpitation

喘息の発作

アズマ  
Asthma

大変喉が渇く

フィーリング ヴェリィ サースティ  
Feeling very thirsty

痒み

イッチング  
Itching

目眩

ディズィネス  
Dizziness

不眠

インソムニア  
Insomnia

発疹が出る

イラプション  
Eruption

目の病気

アイ プロブレム  
Eye problem

鼻の病気

ノーズ プロブレム  
Nose problem

耳の病気

イアー プロブレム  
Ear problem

泌尿器の病気

ユーティナリィ プロブレム  
Urinary problem

婦人科の病気

ガイニコロジカル プロブレム  
Gynecological problem

精神的な悩み

メンタル プロブレム  
Mental problem

