



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

ユータナリィ 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

