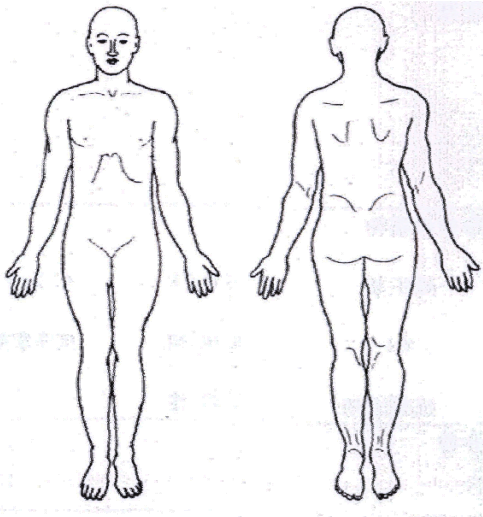


please write the following in "abc"

ローマ字での記入をお願いします。

so that we can tell the hospital whats wrong with you, please fill out the following

救急隊です病院へ連絡するので患者さんのことをおしえてください。

Name	名前	Date of birth	生年月日	Age (歳)	
Please teach your address. あなたの住所をおしえてください					
please mark on the body where you feel pain				体で異常が有るところにマークして下さい	
Part	部位	It marks it	What symptom is it?	どんな症状ですか	It marks it
			Pain in duration	持続痛	
			throbbing pain	ズキズキする痛み	
			The bone broke.	骨がおれた	
			It was convulsive.	けいれんしていた	
			hard to breath	息苦しい	
			high heart rate	動悸がする	
			It feels nausea.	吐き気がする	
			Asthma	喘息	
			It is getting pregnant.	妊娠中	
			It has loose bowels.	下痢をしている	
			Dizziness	めまい	
			Generation of heat	発熱	
			Burn	火傷	

Is there an allergy? yes はい No いいえ アレルギーはあるか？

When did your symptoms begin? 何時頃から症状が出たか？ (:)

The last mealtime 最後の食事時間は (:)

write the name of the sickness that you have	Hospital name	病院名
持病があれば病名を記入		

Please mark if you have a chronic disease in the following. 下記に持病があればマークして下さい

Mental illness 心疾患 **Affection of the liver** 肝臓疾患

Disorder of the brain 脳疾患 今飲んでいる薬があるなら持ってきて下さい

High blood pressure 高血圧

Diabetic 糖尿病

please bring all medicine you are taking