

外国籍県民向け

一般用医薬品販売対応マニュアル

(社)神奈川県薬剤師会

目 次

※ はじめに

※ 本書の取扱いにあたって・・・・・・・・・・・・・1

※ 一般用医薬品販売対応マニュアル

英語・・・・・・・・・・・・・3～13
 韓国・朝鮮語・・・・・・・・・・・・・15～25
 中国語・・・・・・・・・・・・・27～37
 タガログ語・・・・・・・・・・・・・39～49
 ポルトガル語・・・・・・・・・・・・・51～61
 スペイン語・・・・・・・・・・・・・63～73

		該当ページ					
		英 語	韓国・朝鮮語	中国語	タガログ語	ポルトガル語	スペイン語
疾 患	かぜをひいたようだ、 鼻炎かな、花粉症かな	3	15	27	39	51	63
	頭、他が痛い（関節痛、 筋肉痛、生理痛は除く）	4	16	28	40	52	64
	筋肉や関節が痛い	5	17	29	41	53	65
	お腹が痛い、生理痛	6	18	30	42	54	66
	かゆい（皮膚の薬）	7	19	31	43	55	67
	眼が疲れた、かすむ、 かゆみ（眼の薬）	8	20	32	44	56	68
確認事項		9	21	33	45	57	69
服用上・使用上の注意事項		10	22	34	46	58	70
使用法		11,12	23,24	35,36	47,48	59,60	71,72
副作用、保管上の注意		13	25	37	49	61	73

は じ め に

神奈川県は、横浜港開港による貿易などの影響により全国でも早くから近代化が進められ、それに伴って様々な外国籍の方が往来することで国際性豊かな多様な文化を今に残す国際都市として発展を遂げて参りました。それに伴い、様々な国籍の人々が数多く本県に在住するようになり、平成 19 年 12 月時点では、167,000 人を超える外国籍県民が神奈川県内で定住し、それらの人々が快適に暮らせるよう生活基盤づくりが求められております。

神奈川県においては「外国籍県民への情報提供に関する基本方針」などが策定され、保健・医療・福祉、労働、教育等、生活に密着した情報を多言語化するなどの行政サービスがきめ細かく施行されております。特に医療分野においては、「医療通訳派遣システム事業」として協定を締結している協力中核病院の患者を対象として医療通訳の派遣が行われており、当該事業を検討する神奈川県医療通訳派遣システム検討協議会に本会も役員を派遣して参画して参りました。

さて、昨今の健康志向は日本国民のみならず、外国籍県民の方々においても関心が高く「安定した健康」に対する安心の担保は、県民誰もが等しく望む権利でもあります。一方、医療を担う『薬剤師』は、求められる職務的責務は日々重みを増し、また期待される医療サービスも調剤のみならず、一般用医薬品から福祉相談等、多岐にわたり幅広くより大きなものとなりつつあることは、日々の業務の中において会員の皆様が一番感じられていることと思われます。

これらの状況を踏まえ、外国籍県民の方々が医薬品の使用・選択などの相談に来訪した際の対応マニュアルを作成いたしました。医薬品の適正使用や医師への受診勧奨に的確に結びつくよう、来訪された際のコミュニケーションツールとしてご活用いただければ幸いに存じます。

最後に、本マニュアル刊行にあたり、かかりつけ薬局一般用医薬品服薬指導検討委員会委員並びに同委員会作業部会委員諸氏に深く感謝の意を表します。

平成 20 年 3 月

社団法人 神奈川県薬剤師会

会長 田 中 英 昭

本書の取扱いにあたって

■ご利用の前に

- ・ 人体図ボードと外国籍県民向け一般用医薬品販売対応マニュアル（本書）は組み合わせて使用して下さい。
- ・ はじめに、外国人の方がお客さんとして来訪された場合、日本語でも構いませんから、まず挨拶をして下さい。
- ・ 日本語が話せない場合、人体図ボードを利用して何語が話せるかを確認します。英語（赤）、韓国・朝鮮語（青）、中国語（黄色）、タガログ語（紫）、ポルトガル語（緑）、スペイン語（茶）、の6カ国語を収載しておりますので、理解可能な言語を選定して下さい。
- ・ 日本語表記が上にあり、下に外国語が記入しています。
- ・ 使用時には、指やペン先等を利用して示すことで、正確に伝わるようにご使用下さい。
- ・ 本書（外国籍県民向け一般用医薬品販売対応マニュアル）はバインダー形式ですので、必要に応じてコピーをとり、該当する箇所にチェックや印を入れ、患者さんに渡して下さい。

■ 具体的な使用方法

【人体図ボード】

- ① 人体図ボード（人体図面）を利用して、具合の悪い個所を指で示してもらいます。
例1）頭痛の場合→頭を指で示す。
例2）下痢の場合（お腹がごろごろしている・腹痛等の症状）→お腹を指で示す。
- ② 人体図ボード（症状面）を利用して、現在の症状を指で示してもらいます。
- ③ 直接、希望の薬を求めて来訪された場合は、人体図ボード（症状面）の“希望の薬を選んでください”を利用して、風邪薬、痛み止めなどの薬効分類表にある、項目を指で差してもらいます。
※ “症状”と“希望の薬を選んでください”を組み合わせることで、より詳しい患者情報を得ることができます。

【外国籍県民向け一般用医薬品販売対応マニュアル】

- ④ ①～③で得られた情報より、本書を利用し“かぜをひいたようだ、鼻炎かな、花粉症かな”等の具体的な疾患の頁に移動します。

- ⑤ “疾患”：症状の程度・発症時期・合併症等を確認します。
- ⑥ “確認事項”：既往歴・副作用歴などの確認を行い、医薬品を選定します。
ここまでに確認してきた内容から、相手が必要としているOTC薬を絞り込めてきたと思います。(注意：上記の順番は標準的な対応の場合ですので、順番が入れ代わっても問題はありません。)

これ以降は、共通の質問事項として、OTC薬を購入するすべての患者を対象に説明を行います。

- ⑦ “服用上・使用上の注意事項”：1回服用量や服用回数等を説明して下さい。このページをコピーして1日 回・1回 個・1回 ml 等の下線部には具体的に数字を記入し、該当する箇所にチェックを入れて、説明の上、コピー等を患者さんに渡して下さい。
※ 必要に応じて病院への受診を勧める 15. 16 の項目を利用して下さい。

- ⑧ “使用法”：該当する外用薬などの具体的な使い方について説明の上、コピー等を患者さんに渡して下さい。

- ⑨ “副作用”：該当する項目にチェックを入れて、説明の上、コピー等を患者さんに渡して下さい。

※ 副作用の項目では、該当事項を組合わせて使用してください。

例：“③発疹、発赤、かゆみが現れる事があります。”と“⑧使用を中止してください。”にチェックを入れて下さい。

→発疹等が現れた際は使用を中止してくださいの意味で使用します。

- ⑩ “保管上の注意”：該当する項目にチェックを入れて、説明の上、コピー等を患者さんに渡して下さい。

- ⑪ 最後に、OTC薬では対応できない場合、医師の処方せんが必要な薬の場合は、“副作用”の病院への受診を勧める項目の 9. を使用して近隣の医院・病院への受診を勧めて下さい。

かぜをひいたようだ、鼻炎かな、花粉症かな

Checklist

- ☐ Runny nose
- ☐ Stuffy nose
- ☐ Sneezing
- ☐ Fever (____ °C)
- ☐ Chills
- ☐ Cough
- ☐ Throat pain
- ☐ Weakness
- ☐ Itchy eyes
- ☐ Red eyes

Patient history

- ◇ How severe is your runny nose/stuffy nose?

Severe > Mild

3 2 1

- ◇ How severe is your throat pain?

Severe > Mild

3 2 1

- ◇ How often are your coughs?

Often > Seldom

3 2 1

- ◇ When did the symptoms begin?

☐ 1 ~ 2 hours ago

☐ Over 2 hours

- ◇ Do you have any other symptoms?

☐ Nausea

☐ Diarrhea

☐ Dizziness

確認事項 (チェックシート)

- ☐ 鼻水がでる
- ☐ 鼻がつまる
- ☐ くしゃみがでる
- ☐ 熱がある (____ °C)
- ☐ 悪寒がする
- ☐ 咳が出る
- ☐ のどが痛い
- ☐ 体がだるい
- ☐ 目が痒い
- ☐ 目が充血している

使用者の背景の確認

- ◇ 鼻水・鼻づまりの程度はどのようですか

強 > 弱

3 2 1

- ◇ のどの痛みの程度はどのようですか

強 > 弱

3 2 1

- ◇ せきの頻度はどの程度ですか

強 > 弱

3 2 1

- ◇ それはいつからですか

☐ 1 ~ 2 時間前

☐ ずっと前

- ◇ 他に症状がありますか

☐ 吐き気

☐ 下痢

☐ めまい

頭、他が痛い (関節痛、筋肉痛、生理痛は除く)

Checklist

- ☐ Headache
- ☐ Injury
- ☐ Toothache
- ☐ Earache

Patient Background

- ◇ How severe is the pain?
Severe > Mild
3 2 1
- ◇ When did the pain begin?
☐ 1 ~ 2 hours ago
☐ Over 2 hours
- ◇ Do you have any other symptoms?
☐ Fever
☐ Nausea
☐ Dizziness
☐ Blurred vision
☐ Headache with chills
☐ Sensitivity to light and/or sound
☐ Heavy feeling around the nose
☐ Redness and swelling at the site of pain.

確認事項 (チェックシート)

- ☐ 頭が痛い
- ☐ けがをした
- ☐ 歯が痛い
- ☐ 耳が痛い

使用者の背景の確認

- ◇ 痛みの程度はどのようなですか
強 > 弱
3 2 1
- ◇ いつから痛みがありますか
☐ 1 ~ 2 時間前
☐ ずっと前
- ◇ 他に症状がありますか
☐ 熱がある
☐ 吐き気
☐ めまい
☐ ものの見え方がおかしい
☐ 寒気を伴う頭痛
☐ 光や音に敏感になった
☐ 鼻のあたりが重苦しい感じがする
☐ 痛むところが腫れたり赤くなっていますか

筋肉や関節が痛い

Checklist

- ◇ Where is the site of the pain?
 - ☐ Neck
 - ☐ Shoulders
 - ☐ Elbow
 - ☐ Lower back
 - ☐ Legs
 - ☐ Arms
- ◇ How severe is the pain?
Severe > Mild
3 2 1
- ◇ When did the pain begin?
 - ☐ Today
 - ☐ Over a day ago
- ◇ Are there any following reasons for your pain?
 - ☐ Exercise
 - ☐ Injury
- ◇ Do you have any other symptoms?
 - ☐ Swelling
 - ☐ Redness
 - ☐ Fever

確認事項（チェックシート）

- ◇ 痛む場所はどこですか
 - ☐ 首
 - ☐ 肩
 - ☐ 肘
 - ☐ 腰
 - ☐ 足
 - ☐ 腕
- ◇ 痛みの程度はどのようなですか
強 > 弱
3 2 1
- ◇ いつから痛みがありますか
 - ☐ 今日
 - ☐ 昨日以前
- ◇ 下記に原因はありますか
 - ☐ 運動
 - ☐ けが
- ◇ 他に症状がありますか
 - ☐ 腫れている
 - ☐ 赤くなっている
 - ☐ 熱を持っている

お腹が痛い、生理痛

Checklist

- ◇ Where do you feel pain?
 - ☐ Stomach
 - ☐ Lower abdomen(stomach)
 - ☐ Back
 - ☐ Menstrual pain
- ◇ How severe is the pain?
Severe > Mild
3 2 1
- ◇ When did the pain begin?
 - ☐ 1 ~ 2 hours ago
 - ☐ Over 2 hours
- ◇ Did the pain come before or after a meal?
 - ☐ Before
 - ☐ After
 - ☐ On an empty stomach
- ◇ Are there any following reasons for your pain?
 - ☐ Overeating
 - ☐ Overdrinking
 - ☐ Stress
 - ☐ Medication
- ◇ Do you have any other symptoms?
 - ☐ Nausea
 - ☐ Constipation
 - ☐ Diarrhea
 - ☐ Blood in urine
 - ☐ Fever
- ◇ Is there any change in the color of your stool?
 - ☐ Yes
 - ☐ No

確認事項 (チェックシート)

- ◇ 痛む場所はどこですか
 - ☐ 胃部
 - ☐ 下腹部
 - ☐ 背部
 - ☐ 生理痛
- ◇ 痛みの程度はどのようですか
強 > 弱
3 2 1
- ◇ いつから痛みがありますか
 - ☐ 1 ~ 2 時間前
 - ☐ ずっと前
- ◇ 食事の前と後ではどちらが痛いですか
 - ☐ 食事の前
 - ☐ 食事の後
 - ☐ おなかが空いている時
- ◇ 下記に原因はありますか
 - ☐ 食べすぎ
 - ☐ 飲みすぎ
 - ☐ ストレス
 - ☐ 薬の服用
- ◇ 他に症状がありますか
 - ☐ 吐き気
 - ☐ 便秘
 - ☐ 下痢
 - ☐ 血尿
 - ☐ 熱
- ◇ 便の色に変化はありますか
 - ☐ ある
 - ☐ ない

かゆい (皮膚の薬)

Checklist

- ◇ Where do you feel itchiness?
- ☐ In an area able to expose (visible)
- ☐ In an area unable to expose
- ◇ How severe is the itchiness?
- Severe > Mild
- 3 2 1
- ◇ When did the itching begin?
- ☐ Suddenly
- ☐ Recently
- (2-3 days ago ・
1 week ago ・
2-3 weeks ago)
- ☐ Previously
- (1 month ・
3 months ・
Over 3 months)
- ◇ Can you think of any causes?
- ☐ Yes
- (athlete's foot ・ insect bite ・
rash ・ eczema ・ hives)
- ☐ No
- ◇ Other than itch, do you feel any other sensations (i.e. hot, cold, etc.)?
- ☐ Yes (pain ・ hot ・ cold)
- ☐ No

確認事項 (チェックシート)

- ◇ かゆい場所はどこですか
- ☐ 見せられる (見える) ところ
- ☐ 見せられないところ
- ◇ かゆみの程度はどのくらいですか
- 強 > 弱
- 3 2 1
- ◇ いつからですか
- ☐ 急に
- ☐ 最近
- (2、3 日前から ・
1 週間前から ・
2、3 週間前から)
- ☐ 以前から
- (1 ヶ月 ・
3 ヶ月 ・
それ以上)
- ◇ 原因は思いつきますか
- ☐ はい
- (水虫 ・ 虫刺され ・
かぶれ ・ 湿疹 ・ じんましん)
- ☐ いいえ
- ◇ かゆみ以外で痛み、熱い、冷たい等感覚はありますか
- ☐ はい (痛い ・ 熱い ・ 冷たい)
- ☐ いいえ

目が疲れた、かすむ、かゆみ (眼の薬)

Checklist

- ◇ Eye symptoms
 - ☐ Tired
 - ☐ Blurriness
 - ☐ Pain
 - ☐ Itchiness
 - ☐ Redness
 - ☐ Puss
 - ☐ Teariness
 - ☐ Dryness
- ◇ When did the symptoms begin?
 - ☐ 1 ~ 2 hours ago
 - ☐ Over 2 hours
- ◇ Do you have any other symptoms?
 - ☐ Headache
 - ☐ Nausea
 - ☐ Cough
 - ☐ Sinus pressure

確認事項 (チェックシート)

- ◇ 目の症状
 - ☐ 疲れた
 - ☐ かすむ
 - ☐ 痛い
 - ☐ かゆい
 - ☐ 充血している
 - ☐ 目やにが多く出る
 - ☐ 涙目
 - ☐ 乾燥
- ◇ いつからですか
 - ☐ 1 ~ 2 時間前
 - ☐ ずっと前
- ◇ 他に症状がありますか
 - ☐ 頭痛
 - ☐ 吐き気
 - ☐ 咳
 - ☐ 鼻炎症状

確認事項 Checklist

該当する項目にチェックを入れて下さい。

Please check the boxes of all applicable items.

1. どなたがクスリを使用するのですか。 年齢 (____ 歳)
Who will take the medicine? Age (____ yrs)
本人 本人以外
☐ yourself ☐ Someone other than yourself
2. 性別 (男性 ・ 女性)
Gender (☐ Male ・ ☐ Female)
3. 肝・腎・心・呼吸器・循環器疾患の既往歴があります。
☐ The patient has a medical history of liver・kidney・heart・respiratory・circulatory disease.
4. 喘息・リウマチ・糖尿病の既往歴があります。
☐ The patient has a medical history of asthma・rheumatism・diabetes.
5. 前立腺肥大・緑内障の既往歴があります。
☐ The patient has a medical history of enlarged prostate・glaucoma.
6. アスピリン喘息、胃腸障害の既往歴があります。
☐ The patient has a medical history of aspirin-induced asthma・gastroenteropathy.
7. 現在、服用中の薬や健康食品があります。
☐ The patient is currently taking medicine or health food.
8. 妊娠、授乳中です。
☐ The patient is currently pregnant or breast-feeding.
9. 薬で副作用を起こしたことがあります。
☐ The patient has ever had side effects to any medicine.
10. 卵・牛乳のアレルギーを起こしたことがあります。
☐ The patient has ever an allergy to eggs・milk.
11. コンタクトレンズを使用しています。(ソフト ・ ハード)
☐ The patient uses contact lenses. (Soft ・ Hard)

服用上・使用上の注意事項 Dosage・Usage Instructions

1. 1日 ____ 回 1回 ____ 個 1回 ____ *ml*
☐ ____ times per day ☐ ____ pills per dose ☐ ____ *ml* per dose
2. 朝 昼 夕 寝る前
☐ morning ☐ afternoon ☐ evening ☐ before bed
3. 食後に服用して下さい。
☐ Take after meal.
4. 食前に服用して下さい。
☐ Take before meal.
5. コップ1杯のお水かぬるま湯で服用して下さい。
☐ Take with a cup of water.
6. 痛む時に服用（使用）して下さい。
☐ Take(Use) it when you feel pain.
7. 発熱時に服用（使用）して下さい。
☐ Take it when you have a fever.
8. 便秘の時に服用（使用）して下さい。
☐ Take(Use) it when you are constipated.
9. 眠れないときに服用して下さい。
☐ Take it when you can not sleep.
10. 症状が強い時に服用して下さい。
☐ Take it when symptoms become severe.
11. このお薬を服用している間は、お酒は飲まないようにして下さい。
☐ Do not drink alcohol during taking this medicine.
12. たばこは吸わないようにして下さい。
☐ Do not smoke.
13. ____ 時間以上空けてから、次の分を服用して下さい
☐ Take the following dose ____ hours after taking the present dose.
14. 錠剤をつぶしたり、カプセルを外さないでそのまま服用して下さい。
☐ Take without crushing the pills or removing the capsules.
15. 2～3日間で症状に改善がない場合には、病院に受診して下さい。
☐ If you do not see improvement in your symptoms in 2-3 days, consult a doctor.
16. ____ 日間で症状に改善がない場合には、病院に受診して下さい。
☐ If you do not see improvement in your symptoms in ____ days, consult a doctor.

使用法 Directions

点眼薬 Eye drops

- ☆ コンタクトレンズをしたまま、使用しないで下さい。
Do not apply while wearing contact lenses.
- ☆ 目薬を使う前に手を綺麗に洗って下さい。
Wash hands before using eye drops.
- ☆ 容器の先に手や指が触れないように注意して、キャップを外して下さい。
Remove the cap carefully not to touch the tip of the bottle with hands or fingers.
- ☆ 目薬の容器の先端を出来るだけ瞼やまつ毛などに触れないように点眼をして下さい。
Do not let the tip of the eye applicator come into contact with eyelids or eyelashes.



図 1 figure 1

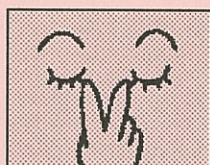


図 2 figure 2

坐薬 Suppositories

- ☆ なるべく排便後に使用して下さい。
Use after you have emptied your bowels.
- ☆ 肛門の奥に挿入して下さい。
Insert into rectum.

塗り薬 Ointments

- ☆ 患部に塗って（噴霧して）下さい。
Apply(Spray) it on the affected area.
- ☆ 薄く塗っても効果があります。
A thin application will have effect.
- ☆ 目の周囲や、粘膜、傷口は避けて使用して下さい。
Do not apply around eyes, mucous membranes, or scars.
- ☆ よく振ってから使用して下さい。
Shake it well before using.

使用法 Directions

貼り薬 Transdermal patches

- ☆ 患部に貼って下さい。
Apply to the affected area.
- ☆ 長時間、貼り続けるとかぶれる事があります。
May irritate skin if applied for a long period of time.
- ☆ 使用後は、袋をきちんと閉めておいて下さい。
After use, make sure to properly seal the package.

うがい薬 Gargle

- ☆ 水で薄めて使用して下さい。
Dilute with water before using.
- ☆ うがい液が洋服につくと、色がつきますので注意して下さい。
Take care not to get the gargle on your clothes as it will stain clothes.

点鼻薬 Nasal drops

- ☆ 軽く鼻をかんでから使用して下さい。
Lightly blow nose before using.

トローチ剤 Lozenges

- ☆ かまないで、口のなかでなめて下さい。
Do not chew. Suck in mouth until dissolved.

副作用 Side effects

1. 眠気が現れることがあります。
☐ May cause drowsiness.
2. 乗物又は機械類の運転操作をしないで下さい。
☐ Do not drive or operate equipment.
3. 発疹、発赤、かゆみが現れる事があります。
☐ Rash, redness, or itchiness may occur.
4. 急な発熱、口の中・目・皮膚に異常がでたら使用を中止して薬の説明書を持参して病院に受診して下さい。
☐ If you develop a sudden fever or anything unusual inside your mouth, eyes, or on your skin, stop medication and consult a doctor. Be sure to bring your medicine and their instructions with you.
5. 消化器症状（下痢、便秘、悪心、嘔吐、食欲不振など）が現れることがあります。
☐ May cause digestive discomfort (diarrhea, constipation, nausea, vomiting, loss of appetite, etc.).
6. 普段と違う症状が現れることがあります。
（口が渇く、尿の出が悪くなる、頻回にトイレに行く、目のまぶしさやかすみ）
☐ Other symptoms may present.
(thirst, difficulty urinating, repeated urges to use the toilet, cause eyes to experience glare and blurriness.)
7. めまいが現れることがあります。
☐ May cause dizziness.
8. 使用を中止して下さい。
☐ Stop medication.
9. 病院を受診して下さい。
☐ Consult a doctor.

保管上の注意 Storage warnings

- ☆ 直射日光は避けて保管して下さい。
Store away from direct sunlight.
- ☆ 車内に薬は保管しないようにして下さい。
Do not leave your medicine in the car.
- ☆ 冷蔵庫に保管して下さい。
Store medicine in the refrigerator.
- ☆ お子さんの手の届かない場所に保管して下さい。
Keep out of the reach of children.
- ☆ クスリ瓶、点眼薬、軟膏のチューブのふたはしっかり閉めて保管して下さい。
Make sure to properly replace the cap(lid) of medicine bottle/eye drops/tubes of ointment before storing.



かぜをひいたようだ、鼻炎かな、花粉症かな

검사 항목

- ☐ 콧물
- ☐ 코막힘
- ☐ 재채기
- ☐ 고열 (____ °C)
- ☐ 오한
- ☐ 기침
- ☐ 인후통
- ☐ 무력감
- ☐ 눈 가려움
- ☐ 충혈

병력

- ◇ 콧물 / 코막힘이 얼마나 심합니까?
심함 > 중간
3 2 1
- ◇ 인후통이 얼마나 심합니까?
심함 > 중간
3 2 1
- ◇ 기침을 얼마나 자주 하십니까?
자주 > 거의 안 함
3 2 1
- ◇ 증상이 언제부터 시작되었습니까?
☐ 1 ~ 2 시간 전
☐ 2 시간 이상 전부터
- ◇ 다른 증세가 있습니까?
☐ 메스꺼움
☐ 설사
☐ 현기증

確認事項 (チェックシート)

- ☐ 鼻水がでる
- ☐ 鼻がつまる
- ☐ くしゃみがでる
- ☐ 熱がある (____ °C)
- ☐ 悪寒がする
- ☐ 咳が出る
- ☐ のどが痛い
- ☐ 体がだるい
- ☐ 目が痒い
- ☐ 目が充血している

使用者の背景の確認

- ◇ 鼻水・鼻づまりの程度はどのようですか
強 > 弱
3 2 1
- ◇ のどの痛みの程度はどのようですか
強 > 弱
3 2 1
- ◇ せきの頻度はどの程度ですか
強 > 弱
3 2 1
- ◇ それはいつからですか
☐ 1 ~ 2 時間前
☐ ずっと前
- ◇ 他に症状がありますか
☐ 吐き気
☐ 下痢
☐ めまい

頭、他が痛い (関節痛、筋肉痛、生理痛は除く)

검사 항목

- ☐ 두통
- ☐ 외상
- ☐ 치통
- ☐ 이통

환자 정보

- ◇ 통증이 얼마나 심합니까?
심함 > 중간
3 2 1
- ◇ 통증이 언제 시작되었습니까?
☐ 1 ~ 2 시간 전
☐ 2 시간 이상 전부터
- ◇ 다른 증상이 있습니까?
☐ 고열
☐ 메스꺼움
☐ 현기증
☐ 시력이 흐릿함
☐ 오한을 동반한 두통
☐ 불빛 / 또는 소음에 민감해짐
☐ 코 주위에 묵직한 느낌
☐ 통증 부위가 빨개지거나 부어오름

確認事項 (チェックシート)

- ☐ 頭が痛い
- ☐ けがをした
- ☐ 歯が痛い
- ☐ 耳が痛い

使用者の背景の確認

- ◇ 痛みの程度はどのようなですか
強 > 弱
3 2 1
- ◇ いつから痛みがありますか
☐ 1 ~ 2 時間前
☐ ずっと前
- ◇ 他に症状がありますか
☐ 熱がある
☐ 吐き気
☐ めまい
☐ ものの見え方がおかしい
☐ 寒気を伴う頭痛
☐ 光や音に敏感になった
☐ 鼻のあたりが重苦しい感じがする
☐ 痛むところが腫れたり赤くなっていますか

筋肉や関節が痛い

검사 항목

- ◇ 통증 부위가 어디입니까 ?
 - ☐ 목
 - ☐ 어깨
 - ☐ 팔꿈치
 - ☐ 등 아래쪽
 - ☐ 다리
 - ☐ 팔
- ◇ 통증이 얼마나 심합니까 ?
 심함 > 중간
 3 2 1
- ◇ 통증이 언제 시작되었습니까 ?
 - ☐ 오늘
 - ☐ 1 일 전부터
- ◇ 통증 요인은 무엇입니까 ?
 - ☐ 운동
 - ☐ 외상
- ◇ 다른 증상이 있습니까 ?
 - ☐ 부기
 - ☐ 조홍
 - ☐ 고열

確認事項 (チェックシート)

- ◇ 痛む場所はどこですか
 - ☐ 首
 - ☐ 肩
 - ☐ 肘
 - ☐ 腰
 - ☐ 足
 - ☐ 腕
- ◇ 痛みの程度はどのようですか
 強 > 弱
 3 2 1
- ◇ いつから痛みがありますか
 - ☐ 今日
 - ☐ 昨日以前
- ◇ 下記に原因はありますか
 - ☐ 運動
 - ☐ けが
- ◇ 他に症状がありますか
 - ☐ 腫れている
 - ☐ 赤くなっている
 - ☐ 熱を持っている

お腹が痛い、生理痛

검사 항목

- ◇ 어디에 통증을 느끼십니까 ?
 - ☐ 위
 - ☐ 하복부 (위)
 - ☐ 등
 - ☐ 생리통
- ◇ 통증이 얼마나 심합니까 ?
 심함 > 중간
 3 2 1
- ◇ 통증이 언제 시작되었습니까 ?
 - ☐ 1 ~ 2 시간 전
 - ☐ 2 시간 이상 전부터
- ◇ 식사 전 또는 후에 통증이 있었습니까 ?
 - ☐ 전
 - ☐ 후
 - ☐ 공복 시
- ◇ 통증 요인은 무엇입니까 ?
 - ☐ 과식
 - ☐ 과음
 - ☐ 스트레스
 - ☐ 약물
- ◇ 다른 증상이 있습니까 ?
 - ☐ 메스꺼움
 - ☐ 변비
 - ☐ 설사
 - ☐ 혈뇨
 - ☐ 고열
- ◇ 대변의 색에 변화가 있습니까 ?
 - ☐ 예
 - ☐ 아니오

確認事項 (チェックシート)

- ◇ 痛む場所はどこですか
 - ☐ 胃部
 - ☐ 下腹部
 - ☐ 背部
 - ☐ 生理痛
- ◇ 痛みの程度はどのようですか
 強 > 弱
 3 2 1
- ◇ いつから痛みがありますか
 - ☐ 1 ~ 2 時間前
 - ☐ ずっと前
- ◇ 食事の前と後ではどちらが痛いですか
 - ☐ 食事の前
 - ☐ 食事の後
 - ☐ おなかが空いている時
- ◇ 下記に原因はありますか
 - ☐ 食べすぎ
 - ☐ 飲みすぎ
 - ☐ ストレス
 - ☐ 薬の服用
- ◇ 他に症状がありますか
 - ☐ 吐き気
 - ☐ 便秘
 - ☐ 下痢
 - ☐ 血尿
 - ☐ 熱
- ◇ 便の色に変化はありますか
 - ☐ ある
 - ☐ ない

かゆい (皮膚の薬)

검사 항목

- ◇ 가려움을 느끼는 곳이 어디입니까?
☐ 노출 가능한 부위 (볼 수 있는 부위)
☐ 노출 불가능한 부위
- ◇ 가려움이 얼마나 심합니까?
 심함 > 중간
 3 2 1
- ◇ 가려움증이 언제 시작되었습니까?
☐ 갑자기
☐ 최근
 (2-3 일 전 .
 1 주일 전 .
 2-3 주일 전)
☐ 이전부터
 (1 달 .
 3 달 .
 3 개월 이전부터)
- ◇ 원인이 생각나십니까?
☐ 예
 (무좀 · 벌레 물림 ·
 발진 · 습진 · 두드러기)
☐ 아니오
- ◇ 가려움 이외에 다른 느낌 (예: 더위, 추위 등) 이 있습니까?
☐ 예 (통증 · 더위 · 추위)
☐ 아니오

確認事項 (チェックシート)

- ◇ かゆい場所はどこですか
☐ 見せられる (見える) ところ
☐ 見せられないところ
- ◇ かゆみの程度はどのくらいですか
 強 > 弱
 3 2 1
- ◇ いつからですか
☐ 急に
☐ 最近
 (2、3 日前から .
 1 週間前から .
 2、3 週間前から)
☐ 以前から
 (1 ヶ月 .
 3 ヶ月 .
 それ以上)
- ◇ 原因は思いつきますか
☐ はい
 (水虫 · 虫刺され ·
 かぶれ · 湿疹 · じんましん)
☐ いいえ
- ◇ かゆみ以外で痛み、熱い、冷たい等感覚はありますか
☐ はい (痛い · 熱い · 冷たい)
☐ いいえ

目が疲れた、かすむ、かゆみ (眼の薬)

검사 항목

- ◇ 눈의 증상
 - ☐ 피로
 - ☐ 침침함
 - ☐ 통증
 - ☐ 가려움
 - ☐ 조홍
 - ☐ 고름
 - ☐ 눈물
 - ☐ 건조함
- ◇ 증상이 언제부터 시작되었습니까?
 - ☐ 1 ~ 2 시간 전
 - ☐ 2 시간 이상 전부터
- ◇ 다른 증상이 있습니까?
 - ☐ 두통
 - ☐ 메스꺼움
 - ☐ 기침
 - ☐ 누관 압박 (비염 증상)

確認事項 (チェックシート)

- ◇ 目の症状
 - ☐ 疲れた
 - ☐ かすむ
 - ☐ 痛い
 - ☐ かゆい
 - ☐ 充血している
 - ☐ 目やにが多く出る
 - ☐ 涙目
 - ☐ 乾燥
- ◇ いつからですか
 - ☐ 1 ~ 2 時間前
 - ☐ ずっと前
- ◇ 他に症状がありますか
 - ☐ 頭痛
 - ☐ 吐き気
 - ☐ 咳
 - ☐ 鼻炎症状

確認事項 검사 항목

該当する項目にチェックを入れて下さい。
해당되는 모든 항목에 체크하여 주십시오.

1. どなたがクスリを使用するのですか。年齢 (____ 歳)
누가 복용할 약입니까? 나이 (____ 세)

☐ 本人	☐ 本人以外
☐ 본인	☐ 본인 이외의 다른 사람
2. 性別 (男性 ・ 女性)
성별 (☐ 남 ・ ☐ 여)
3. 肝・腎・心・呼吸器・循環器疾患の既往歴があります。
☐ 환자가 간・신장・심장・호흡기관 순환기관 질환에 걸린 적이 있습니다.
4. 喘息・リウマチ・糖尿病の既往歴があります。
☐ 환자가 천식・류머티즘・당뇨병에 걸린 적이 있습니다.
5. 前立腺肥大・緑内障の既往歴があります。
☐ 환자가 전립선 비대증・녹내장에 걸린 적이 있습니다.
6. アスピリン喘息、胃腸障害の既往歴があります。
☐ 환자가 아스피린 민감성 천식・위장병에 걸린 적이 있습니다.
7. 現在、服用中の薬や健康食品があります。
☐ 환자가 현재 약 또는 건강 식품을 복용하고 있습니다.
8. 妊娠、授乳中です。
☐ 환자가 현재 임신 중이거나 수유 중입니다.
9. 薬で副作用を起こしたことがあります。
☐ 환자가 약물 부작용을 경험한 적이 있습니다.
10. 卵・牛乳のアレルギーを起こしたことがあります。
☐ 환자가 계란・우유에 알러지 반응을 보인 적이 있습니다.
11. コンタクトレンズを使用しています。(ソフト ・ ハード)
☐ 환자가 콘택트 렌즈 (소프트 ・ 하드) 를 착용하고 있습니다.

服用上・使用上の注意事項 복용량・복약 지침

1. 1日 ____ 回 1回 ____ 個 1回 ____ ml
☐ 1일 ____ 회 ☐ 1회 ____ 알 ☐ 1회 ____ ml
2. 朝 昼 夕 寝る前
☐ 아침 ☐ 점심 ☐ 저녁 ☐ 취침 전
3. 食後に服用して下さい。
☐ 식후 복용.
4. 食前に服用して下さい。
☐ 식전 복용.
5. コップ1杯のお水かぬるま湯で服用して下さい。
☐ 물과 함께 복용하십시오.
6. 痛む時に服用（使用）して下さい。
☐ 통증을 느낄 때마다 복용하십시오.
7. 発熱時に服用（使用）して下さい。
☐ 열이 날 경우 복용하십시오.
8. 便秘の時に服用（使用）して下さい。
☐ 변비가 있을 경우 복용（사용）하십시오.
9. 眠れないときに服用して下さい。
☐ 잠이 오지 않을 경우 복용하십시오.
10. 症状が強い時に服用して下さい。
☐ 증상이 심해질 경우 복용하십시오.
11. このお薬を服用している間は、お酒は飲まないようにして下さい。
☐ 약을 복용하는 동안 술을 드리지 마십시오.
12. たばこは吸わないようにして下さい。
☐ 담배를 피우지 마십시오.
13. ____ 時間以上空けてから、次の分を服用して下さい
☐ 약을 드시고 ____ 시간이 지난 후에 다시 복용하십시오.
14. 錠剤をつぶしたり、カプセルを外さないでそのまま服用して下さい。
☐ 알약을 부수거나 캡슐을 제거하지 말고 드십시오.
15. 2～3日間で症状に改善がない場合には、病院に受診して下さい。
☐ 2-3일 내로 증상이 호전되지 않을 경우 의사와 상담하십시오.
16. ____ 日間で症状に改善がない場合には、病院に受診して下さい。
☐ ____ 일 내로 증상이 호전되지 않을 경우 의사와 상담하십시오.

使用法 주의 사항

点眼薬 안약

- ☆ 콘택트렌즈をしたまま、使用しないで下さい。
콘택트 렌즈를 착용한 상태에서 넣지 마십시오.
- ☆ 目薬を使う前に手を綺麗に洗って下さい。
안약을 사용하기 전에 손을 닦으십시오.
- ☆ 容器の先に手や指が触れないように注意して、キャップを外して下さい。
손이나 손가락이 병 뚜껑에 닿지 않도록 주의하여 뚜껑을 열어 주십시오.
- ☆ 目薬の容器の先端を出来るだけ瞼やまつ毛などに触れないように点眼をして下さい。
안약 투입구가 눈꺼풀이나 속눈썹에 닿지 않도록 하십시오.



図1 그림 1

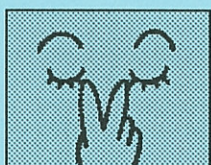


図2 그림 2

坐薬 좌약

- ☆ なるべく排便後に使用して下さい。
변을 본 후에 사용하십시오.
- ☆ 肛門の奥に挿入して下さい。
직장에 삽입하십시오.

塗り薬 연고

- ☆ 患部に塗って（噴霧して）下さい。
환부에 연고를 바르십시오 (뿌리십시오).
- ☆ 薄く塗っても効果があります。
얇게 펴 바르십시오.
- ☆ 目の周囲や、粘膜、傷口は避けて使用して下さい。
눈, 점막 또는 상처 주위에 바르지 마십시오.
- ☆ よく振ってから使用して下さい。
사용 전에 잘 흔들어 주십시오.

使用法 주의 사항

貼り薬 피부용 패치

- ☆ 患部に貼って下さい。
환부에 붙이십시오.
- ☆ 長時間、貼り続けるとかぶれる事があります。
장시간 붙일 경우 피부가 가려울 수 있습니다.
- ☆ 使用後は、袋をきちんと閉めておいて下さい。
사용 후에는 포장이 제대로 봉인되었는지 확인하십시오.

うがい薬 양치질 약

- ☆ 水で薄めて使用して下さい。
사용하기 전에 물로 희석하십시오.
- ☆ うがい液が洋服につくと、色がつきますので注意して下さい。
약이 옷에 묻지 않도록 주의하십시오. 얼룩질 수 있습니다.

点鼻薬 비용액

- ☆ 軽く鼻をかんでから使用して下さい。
사용하기 전에 가볍게 코를 풀십시오.

トローチ剤 정제

- ☆ かまないで、口のなかでなめて下さい。
씹어먹지 마십시오. 녹을 때까지 입 안에 물고 계십시오.

副作用 부작용

1. 眠氣が現れることがあります。
☐ 졸음이 올 수 있습니다.
2. 乗物又は機械類の運転操作をしないで下さい。
☐ 운전하거나 기계를 조작하지 마십시오.
3. 発疹、発赤、かゆみが現れる事があります。
☐ 발진, 조홍 또는 가려움증이 생길 수 있습니다.
4. 急な発熱、口の中・目・皮膚に異常がでたら使用を中止して薬の説明書を持参して病院に受診して下さい。
☐ 갑자기 발열하거나 입과 눈의 점막이나 피부에 조금이라도 이상한 증상이 나타나면 복용을 중지하고 의사와 상담하십시오. 이 때 복용한 약과 처방전을 가지고 가십시오.
5. 消化器症状（下痢、便秘、悪心、嘔吐、食欲不振など）が現れることがあります。
☐ 소화 장애（설사, 변비, 메스꺼움, 구토, 식욕 부진 등）를 일으킬 수 있습니다.
6. 普段と違う症状が現れることがあります。
 （口が渴く、尿の出が悪くなる、頻回にトイレに行く、目のまぶしさやかすみ）
☐ 다른 증상이 나타날 수 있습니다.
 （갈증, 배뇨 장애, 배변 강박증, 눈부심 및 침침함과 같은 눈의 증상）
7. めまいが現れることがあります。
☐ 현기증이 발생할 수 있습니다.
8. 使用を中止して下さい。
☐ 복용을 중지하십시오.
9. 病院を受診して下さい。
☐ 의사와 상담하십시오.

保管上の注意 보관 시 주의 사항

- ☆ 直射日光は避けて保管して下さい。
직사 광선에서 멀리 떨어진 곳에 두십시오.
- ☆ 車内に薬は保管しないようにして下さい。
약을 차 안에 놓아두지 마십시오.
- ☆ 冷蔵庫に保管して下さい。
약을 냉장고에 보관하십시오.
- ☆ お子さんの手の届かない場所に保管して下さい。
어린이의 손이 닿지 않는 곳에 보관하십시오.
- ☆ クスリ瓶、点眼薬、軟膏のチューブのふたはしっかり閉めて保管して下さい。
보관하기 전에 약병 / 안약 / 연고의 뚜껑이 제대로 닫혔는지 확인하여 주십시오.



かぜをひいたようだ、鼻炎かな、花粉症かな

検査表

- ☐ 流鼻涕
- ☐ 鼻塞
- ☐ 打喷嚏
- ☐ 发热 (____ °C)
- ☐ 感冒
- ☐ 咳嗽
- ☐ 咽喉痛
- ☐ 乏力
- ☐ 眼部瘙痒
- ☐ 红眼

病史

◇ 您流涕 / 鼻塞有多严重?

强 > 弱
3 2 1

◇ 您咽喉痛有多严重?

强 > 弱
3 2 1

◇ 您咳嗽频率如何?

经常 > 很少
3 2 1

◇ 症状何时开始的?

- ☐ 1 ~ 2 小时前
- ☐ 2 小时以上

◇ 您是否有其它症状?

- ☐ 恶心
- ☐ 腹泻
- ☐ 头晕

確認事項 (チェックシート)

- ☐ 鼻水がでる
- ☐ 鼻がつまる
- ☐ くしゃみがでる
- ☐ 熱がある (____ °C)
- ☐ 悪寒がする
- ☐ 咳が出る
- ☐ のどが痛い
- ☐ 体がだるい
- ☐ 目が痒い
- ☐ 目が充血している

使用者の背景の確認

◇ 鼻水・鼻づまりの程度はどのようですか

強 > 弱
3 2 1

◇ のどの痛みの程度はどのようですか

強 > 弱
3 2 1

◇ せきの頻度はどの程度ですか

強 > 弱
3 2 1

◇ それはいつからですか

- ☐ 1 ~ 2 時間前
- ☐ ずっと前

◇ 他に症状がありますか

- ☐ 吐き気
- ☐ 下痢
- ☐ めまい

頭、他が痛い (関節痛、筋肉痛、生理痛は除く)

検査表

- ☐ 頭痛
- ☐ 受傷
- ☐ 牙疼
- ☐ 耳痛

患者背景

◇ 疼痛程度如何?

強 > 弱

3 2 1

◇ 疼痛何時开始的?

☐ 1 ~ 2 小时前

☐ 2 小时以上

◇ 您是否有其它症状?

☐ 发热

☐ 恶心

☐ 头晕

☐ 视力模糊

☐ 头痛伴感冒

☐ 对光线 / 或声音敏感

☐ 呼吸窘迫

☐ 疼痛部位红肿。

確認事項 (チェックシート)

- ☐ 頭が痛い
- ☐ けがをした
- ☐ 歯が痛い
- ☐ 耳が痛い

使用者の背景の確認

◇ 痛みの程度はどのようなですか

強 > 弱

3 2 1

◇ いつから痛みがありますか

☐ 1 ~ 2 時間前

☐ ずっと前

◇ 他に症状がありますか

☐ 熱がある

☐ 吐き気

☐ めまい

☐ ものの見え方がおかしい

☐ 寒気を伴う頭痛

☐ 光や音に敏感になった

☐ 鼻のあたりが重苦しい感じがする

☐ 痛むところが腫れたり赤くなっていますか

筋肉や関節が痛い

検査表

- ◇ 疼痛部位在哪儿？
- ☐ 颈部
☐ 肩膀
☐ 肘部
☐ 腰部
☐ 腿部
☐ 手臂
- ◇ 疼痛程度如何？
- 強 > 弱
 3 2 1
- ◇ 疼痛何时开始的？
- ☐ 今天
☐ 一天前
- ◇ 疼痛是否由下列原因引起？
- ☐ 锻炼
☐ 受伤
- ◇ 您是否有其它症状？
- ☐ 肿胀
☐ 发红
☐ 发热

確認事項（チェックシート）

- ◇ 痛む場所はどこですか
- ☐ 首
☐ 肩
☐ 肘
☐ 腰
☐ 足
☐ 腕
- ◇ 痛みの程度はどのようなですか
- 強 > 弱
 3 2 1
- ◇ いつから痛みがありますか
- ☐ 今日
☐ 昨日以前
- ◇ 下記に原因はありますか
- ☐ 運動
☐ けが
- ◇ 他に症状がありますか
- ☐ 腫れている
☐ 赤くなっている
☐ 熱を持っている

お腹が痛い、生理痛

検査表

- ◇ 疼痛部位在哪儿？
 - ☐ 胃部
 - ☐ 下腹部（胃）
 - ☐ 背部
 - ☐ 痛经
- ◇ 疼痛程度如何？

強 > 弱

3 2 1
- ◇ 疼痛何时开始的？
 - ☐ 1～2 小时前
 - ☐ 2 小时以上
- ◇ 饭前和饭后何时更疼痛？
 - ☐ 前
 - ☐ 后
 - ☐ 空腹时
- ◇ 疼痛是否由下列原因引起？
 - ☐ 食用过量
 - ☐ 饮用过量
 - ☐ 压力
 - ☐ 药物治疗
- ◇ 您是否有其它症状？
 - ☐ 恶心
 - ☐ 便秘
 - ☐ 腹泻
 - ☐ 血尿
 - ☐ 发热
- ◇ 您大便颜色是否有变化？
 - ☐ 是
 - ☐ 否

確認事項（チェックシート）

- ◇ 痛む場所はどこですか
 - ☐ 胃部
 - ☐ 下腹部
 - ☐ 背部
 - ☐ 生理痛
- ◇ 痛みの程度はどのようなですか

強 > 弱

3 2 1
- ◇ いつから痛みがありますか
 - ☐ 1～2 時間前
 - ☐ ずっと前
- ◇ 食事の前と後ではどちらが痛いですか
 - ☐ 食事の前
 - ☐ 食事の後
 - ☐ おなかが空いている時
- ◇ 下記に原因はありますか
 - ☐ 食べすぎ
 - ☐ 飲みすぎ
 - ☐ ストレス
 - ☐ 薬の服用
- ◇ 他に症状がありますか
 - ☐ 吐き気
 - ☐ 便秘
 - ☐ 下痢
 - ☐ 血尿
 - ☐ 熱
- ◇ 便の色に変化はありますか
 - ☐ ある
 - ☐ ない

かゆい（皮膚の薬）

検査表

- ◇ 掻痒部位在哪儿？
- ☐ 在能够暴露的部位（可见）
- ☐ 在无法暴露的部位
- ◇ 掻痒程度如何？
- 強 > 弱
- 3 2 1
- ◇ 掻痒何时开始的？
- ☐ 刚刚开始
- ☐ 最近
- （ 2-3 天前・
1 周前・
2-3 周前 ）
- ☐ 以前
- （ 1 个月・
3 个月・
3 个月以上 ）
- ◇ 您知道是何原因造成的吗？
- ☐ 是
- （ 脚癬・虫咬・
皮疹・湿疹・麻疹 ）
- ☐ 否
- ◇ 您除了掻痒是否还有其它感觉（即热、冷等）？
- ☐ 是（ 痛・热・发凉）
- ☐ 否

確認事項（チェックシート）

- ◇ かゆい場所はどこですか
- ☐ 見せられる（見える）ところ
- ☐ 見せられないところ
- ◇ かゆみの程度はどのくらいですか
- 強 > 弱
- 3 2 1
- ◇ いつからですか
- ☐ 急に
- ☐ 最近
- （ 2、3 日前から・
1 週間前から・
2、3 週間前から ）
- ☐ 以前から
- （ 1 ヶ月・
3 ヶ月・
それ以上 ）
- ◇ 原因は思いつきますか
- ☐ はい
- （ 水虫・虫刺され・
かぶれ・湿疹・じんましん ）
- ☐ いいえ
- ◇ かゆみ以外で痛み、熱い、冷たい等感覚はありますか
- ☐ はい（ 痛い・熱い・冷たい ）
- ☐ いいえ

目が疲れた、かすむ、かゆみ (眼の薬)

検査表

◇ 眼部症状

- ☐ 疲労
- ☐ 視力模糊
- ☐ 疼痛
- ☐ 发痒
- ☐ 发红
- ☐ 流脓
- ☐ 流泪
- ☐ 干涩

◇ 症状何时开始的?

- ☐ 1 ~ 2 小时前
- ☐ 2 小时以上

◇ 您是否还有其它症状?

- ☐ 头痛
- ☐ 恶心
- ☐ 咳嗽
- ☐ 窦压力

確認事項 (チェックシート)

◇ 目の症状

- ☐ 疲れた
- ☐ かすむ
- ☐ 痛い
- ☐ かゆい
- ☐ 充血している
- ☐ 目やにが多く出る
- ☐ 涙目
- ☐ 乾燥

◇ いつからですか

- ☐ 1 ~ 2 時間前
- ☐ ずっと前

◇ 他に症状がありますか

- ☐ 頭痛
- ☐ 吐き気
- ☐ 咳
- ☐ 鼻炎症状

確認事項 検査表

該当する項目にチェックを入れて下さい。

请在适用选项方框内打勾。

1. どなたがクスリを使用するのですか。 年齢 (____ 歳)
 谁使用本药物? 年龄 (____ 岁)
 本人 本人以外
☐ 本人 ☐ 非本人
2. 性別 (男性 ・ 女性)
 性別 (☐ 男性 ・ ☐ 女性)
3. 肝・腎・心・呼吸器・循環器疾患の既往歴があります。
☐ 病人有肝・腎・心脏・呼吸・循环系统病史。
4. 喘息・リウマチ・糖尿病の既往歴があります。
☐ 病人有哮喘・风湿・糖尿病史。
5. 前立腺肥大・緑内障の既往歴があります。
☐ 病人有前列腺肥大・绿内障病史。
6. アスピリン喘息、胃腸障害の既往歴があります。
☐ 病人有阿斯匹林引起的哮喘・胃肠病史。
7. 現在、服用中の薬や健康食品があります。
☐ 病人现正服用药物或保健品。
8. 妊娠、授乳中です。
☐ 病人现正处于妊娠或哺乳期。
9. 薬で副作用を起こしたことがあります。
☐ 病人对药物有副作用史。
10. 卵・牛乳のアレルギーを起こしたことがあります。
☐ 病人有蛋・牛奶过敏史。
11. コンタクトレンズを使用しています。 (ソフト ・ ハード)
☐ 病人现正使用隐形眼镜。 (软性 ・ 硬性)

服用上・使用上の注意事項 剂量・使用说明

1. 1日 ____ 回 1回 ____ 個 1回 ____ ml
☐ 毎日 ____ 次 ☐ 毎次 ____ 片 ☐ 毎次 ____ 毫升
2. 朝 昼 夕 寝る前
☐ 上午 ☐ 下午 ☐ 晚上 ☐ 睡前
3. 食後に服用して下さい。
☐ 饭后服用。
4. 食前に服用して下さい。
☐ 饭前服用。
5. コップ1杯のお水かぬるま湯で服用して下さい。
☐ 用水或温水送服。
6. 痛む時に服用（使用）して下さい。
☐ 感觉疼痛时服用（使用）。
7. 発熱時に服用（使用）して下さい。
☐ 发热时服用。
8. 便秘の時に服用（使用）して下さい。
☐ 便秘时服用（使用）。
9. 眠れないときに服用して下さい。
☐ 无法入睡时服用。
10. 症状が強い時に服用して下さい。
☐ 症状加重时服用。
11. このお薬を服用している間は、お酒は飲まないようにして下さい。
☐ 服药期间忌饮酒。
12. たばこは吸わないようにして下さい。
☐ 勿吸烟。
13. ____ 時間以上空けてから、次の分を服用して下さい
☐ 间隔 ____ 小时以上可再次服药。
14. 錠剤をつぶしたり、カプセルを外さないでそのまま服用して下さい。
☐ 服用时请勿碾碎药片或去除胶囊。
15. 2～3日間で症状に改善がない場合には、病院に受診して下さい。
☐ 若症状在2～3天内未见改善，请到医院就诊。
16. ____ 日間で症状に改善がない場合には、病院に受診して下さい。
☐ 若症状在 ____ 天内未见改善，请到医院就诊。

使用法 使用方法

点眼薬 滴眼液

- ☆ コンタクトレンズをしたまま、使用しないで下さい。
滴药时请勿带隐形眼镜。
- ☆ 目薬を使う前に手を綺麗に洗って下さい。
使用滴眼液前请将手洗净。
- ☆ 容器の先に手や指が触れないように注意して、キャップを外して下さい。
拧开瓶盖时请小心勿让手或手指触及瓶口。
- ☆ 目薬の容器の先端を出来るだけ瞼やまつ毛などに触れないように点眼をして下さい。
请勿让滴眼液瓶口触及眼睑或睫毛。



図 1

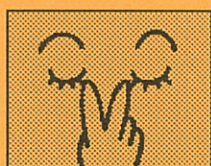


図 2

図 2

坐薬 栓剂

- ☆ なるべく排便後に使用して下さい。
排空肠胃后使用。
- ☆ 肛門の奥に挿入して下さい。
插入肛门。

塗り薬 药膏

- ☆ 患部に塗って（噴霧して）下さい。
在患处涂抹（喷涂）。
- ☆ 薄く塗っても効果があります。
薄涂即有效。
- ☆ 目の周囲や、粘膜、傷口は避けて使用して下さい。
请勿在眼周、黏膜或伤口处涂抹。
- ☆ よく振ってから使用して下さい。
用前请摇匀。

使用法 使用方法

貼り薬 貼剂

- ☆ 患部に貼って下さい。
贴于患处。
- ☆ 長時間、貼り続けるとかぶれる事があります。
长时间贴用可能会刺激皮肤。
- ☆ 使用後は、袋をきちんと閉めておいて下さい。
用后请正确封口。

うがい薬 漱口水

- ☆ 水で薄めて使用して下さい。
用前请用水稀释。
- ☆ うがい液が洋服につくと、色がつきますので注意して下さい。
使用时请小心勿使漱口水溅污衣服。

点鼻薬 滴鼻液

- ☆ 軽く鼻をかんでから使用して下さい。
用前轻轻擤鼻子。

トローチ剤 止咳糖

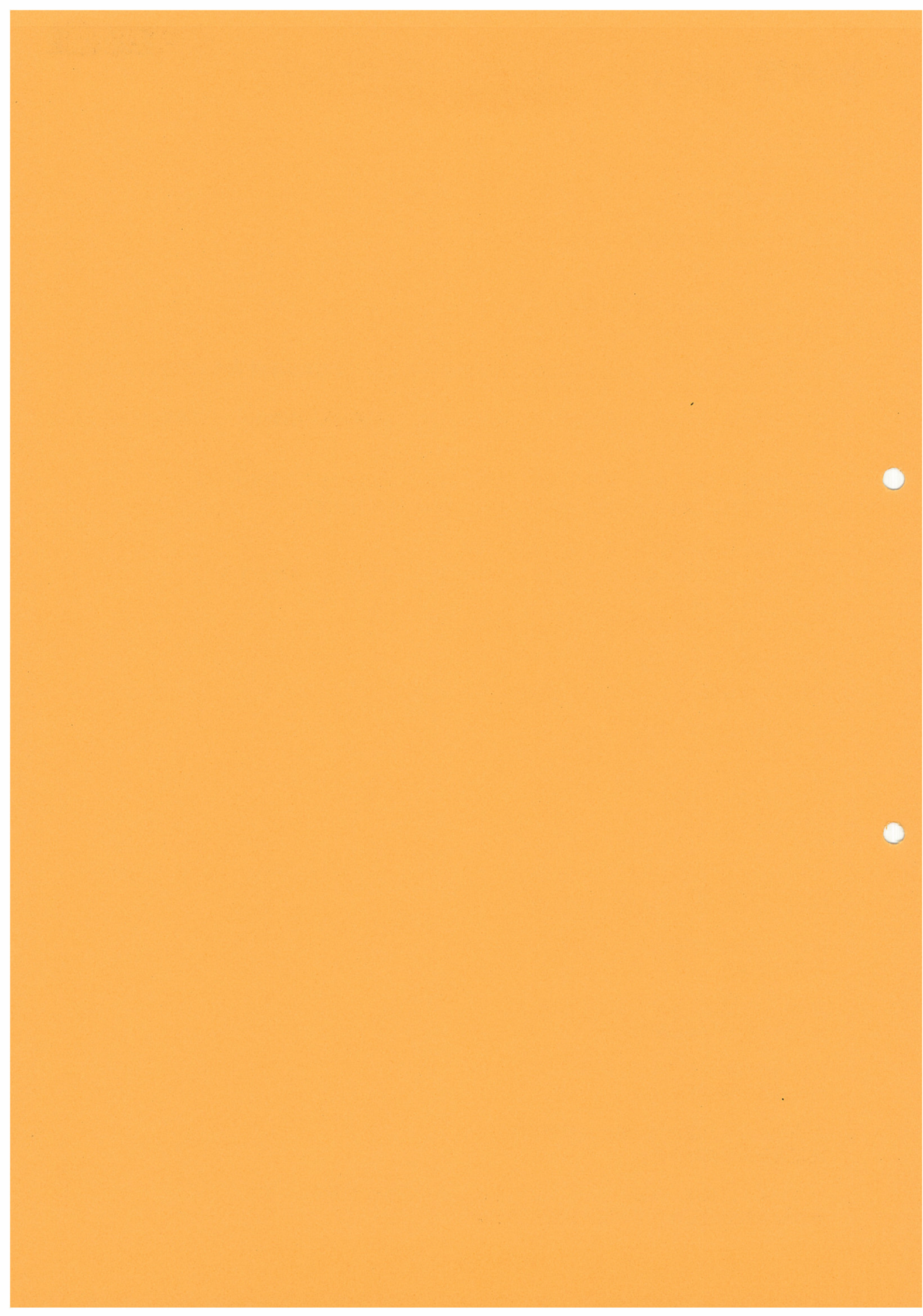
- ☆ かまないで、口のなかでなめて下さい。
请勿咀嚼。吸入口中直至溶解。

副作用 副作用

1. 眠気が現れることがあります。
☐ 可能会引起嗜睡。
2. 乗物又は機械類の運転操作をしないで下さい。
☐ 勿驾驶或操作设备。
3. 発疹、発赤、かゆみが現れる事があります。
☐ 可能会产生皮疹、发红或瘙痒。
4. 急な発熱、口の中・目・皮膚に異常がでたら使用を中止して薬の説明書を持参して病院に受診して下さい。
☐ 若您突然发热，或口腔、眼睛或皮肤上出现任何异常，立即停止服药并就诊。就诊时带上药品及其使用说明。
5. 消化器症状（下痢、便秘、悪心、嘔吐、食欲不振など）が現れることがあります。
☐ 可能会引起消化不良（腹泻、便秘、恶心、呕吐、丧失食欲等）。
6. 普段と違う症状が現れることがあります。
（口が渇く、尿の出が悪くなる、頻回にトイレに行く、目のまぶしさやかすみ）
☐ 可能会出现其它症状。
（口渴、小便困难、尿频尿急、目眩和视力模糊。）
7. めまいが現れることがあります。
☐ 可能会造成头晕。
8. 使用を中止して下さい。
☐ 停止服药。
9. 病院を受診して下さい。
☐ 到医院就诊。

保管上の注意 存放注意事项

- ☆ 直射日光は避けて保管して下さい。
在避光处存放。
- ☆ 車内に薬は保管しないようにして下さい。
请勿将本药品放置在车内。
- ☆ 冷蔵庫に保管して下さい。
将药品置于冰箱中。
- ☆ お子さんの手の届かない場所に保管して下さい。
在儿童无法取到处存放。
- ☆ クスリ瓶、点眼薬、軟膏のチューブのふたはしっかり閉めて保管して下さい。
存放前请务必将药瓶 / 滴眼液 / 软膏盖正确盖好。



かぜをひいたようだ、鼻炎かな、花粉症かな

Checklist

- ☐ Tumutulong sipon
- ☐ Baradong ilong
- ☐ Bumabahing
- ☐ Lagnat (____ °C)
- ☐ Nanginginig
- ☐ Ubo
- ☐ Pananakit ng lalamunan
- ☐ Nanghihina
- ☐ Makating mata
- ☐ Mapulang mata

Kasaysayan ng pasyente

- ◇ Gaano kalala ang iyong tumutulong sipon/baradong ilong?
Malala > Banayad
3 2 1
- ◇ Gaano kalala ang pananakit ng lalamunan?
Malala > Banayad
3 2 1
- ◇ Gaano kadalas ang iyong pag-ubo?
Madalas > Paminsan-minsan
3 2 1
- ◇ Kailan nagsimula ang sintomas?
☐ 1 ~ 2 oras na nagdaan
☐ Matagal na
- ◇ Mayroon ka bang ibang mga sintomas?
☐ Nagsusuka
☐ Nagtatae
☐ Nahihilo

確認事項 (チェックシート)

- ☐ 鼻水がでる
- ☐ 鼻がつまる
- ☐ くしゃみがでる
- ☐ 熱がある (____ °C)
- ☐ 悪寒がする
- ☐ 咳が出る
- ☐ のどが痛い
- ☐ 体がだるい
- ☐ 目が痒い
- ☐ 目が充血している

使用者の背景の確認

- ◇ 鼻水・鼻づまりの程度はどのようですか
強 > 弱
3 2 1
- ◇ のどの痛みの程度はどのようですか
強 > 弱
3 2 1
- ◇ せきの頻度はどの程度ですか
強 > 弱
3 2 1
- ◇ それはいつからですか
☐ 1 ~ 2 時間前
☐ ずっと前
- ◇ 他に症状がありますか
☐ 吐き気
☐ 下痢
☐ めまい

頭、他が痛い (関節痛、筋肉痛、生理痛は除く)

Checklist

- ☐ Masakit na ulo
- ☐ Pinsala
- ☐ Masakit na ngipin
- ☐ Masakit na tainga

Background ng pasyente

- ◇ Gaano kalala ang pananakit?
Malala > Banayad
3 2 1
- ◇ Kailan nagsimula ang pananakit?
☐ 1 ~ 2 oras na nagdaan
☐ Matagal na
- ◇ Mayroon ka bang ibang sintomas?
☐ Lagnat
☐ Pagsusuka
☐ Pagkahilo
☐ Lumalabong paningin
☐ Masakit na ulo na may panginginig
☐ Sensitibo sa ilaw at/o tunog
☐ Mabigat na pakiramdam sa paligid ng ilong.
☐ Pamumula at pamamaga sa lugar na sumasakit.

確認事項 (チェックシート)

- ☐ 頭が痛い
- ☐ けがをした
- ☐ 歯が痛い
- ☐ 耳が痛い

使用者の背景の確認

- ◇ 痛みの程度はどのようなですか
強 > 弱
3 2 1
- ◇ いつから痛みがありますか
☐ 1 ~ 2 時間前
☐ ずっと前
- ◇ 他に症状がありますか
☐ 熱がある
☐ 吐き気
☐ めまい
☐ ものの見え方がおかしい
☐ 寒気を伴う頭痛
☐ 光や音に敏感になった
☐ 鼻のあたりが重苦しい感じがする

☐ 痛むところが腫れたり赤くなっていますか

筋肉や関節が痛い

Checklist

- ◇ Saan ang lugar ng pananakit?
 - ☐ Leeg
 - ☐ Balikat
 - ☐ Siko
 - ☐ Ibabang likod
 - ☐ Binti
 - ☐ Braso
- ◇ Gaano kalala ang pananakit?
Malala > Banayad
3 2 1
- ◇ Kailan nagsimula ang pananakit?
 - ☐ Ngayon
 - ☐ Noong pang nakaraang araw
- ◇ Mayroon bang ibang dahilan sa pananakit na nararamdaman mo?
 - ☐ Ehersisyo
 - ☐ Pinsala
- ◇ Mayroon ka bang ibang sintomas?
 - ☐ Pamamaga
 - ☐ Pamumula
 - ☐ Lagnat

確認事項 (チェックシート)

- ◇ 痛む場所はどこですか
 - ☐ 首
 - ☐ 肩
 - ☐ 肘
 - ☐ 腰
 - ☐ 足
 - ☐ 腕
- ◇ 痛みの程度はどのようなですか
強 > 弱
3 2 1
- ◇ いつから痛みがありますか
 - ☐ 今日
 - ☐ 昨日以前
- ◇ 下記に原因はありますか
 - ☐ 運動
 - ☐ けが
- ◇ 他に症状がありますか
 - ☐ 腫れている
 - ☐ 赤くなっている
 - ☐ 熱を持っている

お腹が痛い、生理痛

Checklist

- ◇ Saan mo nararamdaman ang pananakit?
 - ☐ Tiyan
 - ☐ Ibabang parte ng abdomen (tiyan)
 - ☐ Likod
 - ☐ Pananakit dahil sa regla
- ◇ Gaano kalala ang pananakit?
Malala > Banayad
3 2 1
- ◇ Kailan nagsimula ang pananakit?
 - ☐ 1 ~ 2 oras na nagdaan
 - ☐ Matagal na
- ◇ Sumakit ba bago o matapos kumain?
 - ☐ Bago
 - ☐ Matapos
 - ☐ Pag walang laman ang tiyan (Pag-gutom)
- ◇ May iba pa bang dahilan sa pananakit na nararamdaman mo?
 - ☐ Sobrang kain
 - ☐ Sobrang pag-inom
 - ☐ Stress
 - ☐ Gamot
- ◇ Mayroon ka bang iba pang sintomas?
 - ☐ Pagsusuka
 - ☐ Mahihirapang dumumi
 - ☐ Pagtatae
 - ☐ Dugo sa ihi
 - ☐ Lagnat
- ◇ Mayroon bang pag-iiba ng kulay sa iyong dumi?
 - ☐ Oo
 - ☐ Hindi

確認事項 (チェックシート)

- ◇ 痛む場所はどこですか
 - ☐ 胃部
 - ☐ 下腹部
 - ☐ 背部
 - ☐ 生理痛
- ◇ 痛みの程度はどのようなですか
強 > 弱
3 2 1
- ◇ いつから痛みがありますか
 - ☐ 1 ~ 2 時間前
 - ☐ ずっと前
- ◇ 食事の前と後ではどちらが痛いですか
 - ☐ 食事の前
 - ☐ 食事の後
 - ☐ おなかが空いている時
- ◇ 下記に原因はありますか
 - ☐ 食べすぎ
 - ☐ 飲みすぎ
 - ☐ ストレス
 - ☐ 薬の服用
- ◇ 他に症状がありますか
 - ☐ 吐き気
 - ☐ 便秘
 - ☐ 下痢
 - ☐ 血尿
 - ☐ 熱
- ◇ 便の色に変化はありますか
 - ☐ ある
 - ☐ ない

かゆい (皮膚の薬)

Checklist

- ◇ Kailan mo naramdaman ang pangangati?
- ☐ Sa lugar na nakalantad (nakikita)
- ☐ Sa lugar na hindi nakikita
- ◇ Gaano kalala ang pangangati?
- Malala > Banayad
- 3 2 1
- ◇ Kailan nagsimula ang pangangati?
- ☐ Biglaan
- ☐ Kailan lang
- (2-3 araw na nagdaan ・)
- (1 linggo nagdaan ・)
- (2-3 linggo nagdaan)
- ☐ Nagdaang
- (1 buwan ・)
- (3 buwan ・)
- (Higit sa 3 buwan)
- ◇ May naiisip ka bang ibang dahilan?
- ☐ Oo
- (alipunga ・ kagat ng insekto ・)
- (pantal ・ eczema ・ hives)
- ☐ Wala
- ◇ Bukod sa pangangati, may naramdaman ka pang iba (hal. mainit, malamig, atbp.)?
- ☐ Oo (pananakit ・ mainit ・ malamig)
- ☐ Wala

確認事項 (チェックシート)

- ◇ かゆい場所はどこですか
- ☐ 見せられる (見える) ところ
- ☐ 見せられないところ
- ◇ かゆみの程度はどのくらいですか
- 強 > 弱
- 3 2 1
- ◇ いつからですか
- ☐ 急に
- ☐ 最近
- (2、3 日前から ・)
- (1 週間前から ・)
- (2、3 週間前から)
- ☐ 以前から
- (1 ヶ月 ・)
- (3 ヶ月 ・)
- (それ以上)
- ◇ 原因は思いつきますか
- ☐ はい
- (水虫 ・ 虫刺され ・)
- (かぶれ ・ 湿疹 ・ じんましん)
- ☐ いいえ
- ◇ かゆみ以外で痛み、熱い、冷たい等感覚はありますか
- ☐ はい (痛い ・ 熱い ・ 冷たい)
- ☐ いいえ

目が疲れた、かすむ、かゆみ (眼の薬)

Checklist

- ◇ Mga sintomas sa mata
 - ☐ Pagod
 - ☐ Nanlalabo
 - ☐ Pananakit
 - ☐ Pangangati
 - ☐ Pamumula
 - ☐ Nagnanana
 - ☐ Nagluluha
 - ☐ Nanunuyo
- ◇ Kailan nagsimula ang sintomas?
 - ☐ 1 ~ 2 oras na nagdaan
 - ☐ Matagal na
- ◇ Mayroon ka bang iba pang sintomas?
 - ☐ Masakit na ulo
 - ☐ Pagsusuka
 - ☐ Ubo
 - ☐ Sinus pressure

確認事項 (チェックシート)

- ◇ 目の症状
 - ☐ 疲れた
 - ☐ かすむ
 - ☐ 痛い
 - ☐ かゆい
 - ☐ 充血している
 - ☐ 目やにが多く出る
 - ☐ 涙目
 - ☐ 乾燥
- ◇ いつからですか
 - ☐ 1 ~ 2 時間前
 - ☐ ずっと前
- ◇ 他に症状がありますか
 - ☐ 頭痛
 - ☐ 吐き気
 - ☐ 咳
 - ☐ 鼻炎症状

確認事項 Checklist

該当する項目にチェックを入れて下さい。

Paki-tsek ang mga kahon na pupwede sa lahat ng items.

1. どなたがクスリを使用するのですか。 年齢 (____ 歳)
Sino ang iinom ng gamot? Ilang taon (____ taon)
本人 本人以外
☐ Ako ☐ Ibang tao
2. 性別 (男性 ・ 女性)
Kasarian (☐ Lalaki ・ ☐ Babae)
3. 肝・腎・心・呼吸器・循環器疾患の既往歴があります。
☐ May medikal na kasaysayan ka ba sa mga sakit sa atay ・ bato ・ puso ・ respiratoryo ・ sirkulatoryo.
4. 喘息・リウマチ・糖尿病の既往歴があります。
☐ May medikal na kasaysayan ka ba sa hika ・ rayuma ・ diyabetis.
5. 前立腺肥大・緑内障の既往歴があります。
☐ May medikal na kasaysayan ka ba sa lumalaking prostate ・ glaucoma.
6. アスピリン喘息、胃腸障害の既往歴があります。
☐ May medikal na kasaysayan ka ba sa aspirin-induced asthma ・ gastroenteropathy.
7. 現在、服用中の薬や健康食品があります。
☐ Kasalukuyan ka bang umiinom ng gamot o pagkain na pangkalusugan.
8. 妊娠、授乳中です。
☐ Kasalukuyan ka bang nagdadalantao o nagpapasuso ng bata.
9. 薬で副作用を起こしたことがあります。
☐ May side effects ka ba sa kahit anong gamot?
10. 卵・牛乳のアレルギーを起こしたことがあります。
☐ May allergy ka ba sa itlog ・ gatas?
11. コンタクトレンズを使用しています。 (ソフト ・ ハード)
☐ Gumagamit ka ba ng contact lenses. (Malambot ・ Matigas)

服用上・使用上の注意事項

Dosis・Tagubilin sa Paggamit/Pag-inom

1. 1日 ____ 回 1回 ____ 個 1回 ____ ml
☐ ____ ilang beses araw-araw ☐ ____ pildoras bawat dosis ☐ ____ ml bawat dosis
2. 朝 昼 夕 寝る前
☐ umaga ☐ hapon ☐ gabi ☐ bago matulog
3. 食後に服用して下さい。
☐ Inumin matapos kumain.
4. 食前に服用して下さい。
☐ Inumin bago kumain.
5. コップ1杯のお水かぬるま湯で服用して下さい。
☐ Inumin na may kasamang isang basong tubig.
6. 痛む時に服用（使用）して下さい。
☐ Inumin (Gamitin) kapag nakaramdam ng pananakit.
7. 発熱時に服用（使用）して下さい。
☐ Inumin ito kapag may lagnat.
8. 便秘の時に服用（使用）して下さい。
☐ Inumin (Gamitin) ito kapag matigas ang iyong dumi.
9. 眠れないときに服用して下さい。
☐ Inumin ito kapag hindi ka makatulog.
10. 症状が強い時に服用して下さい。
☐ Inumin ito kapag lumalala ang sintomas.
11. このお薬を服用している間は、お酒は飲まないようにして下さい。
☐ Huwag uminom ng alak habang iniinom ang gamot na ito.
12. たばこは吸わないようにして下さい。
☐ Huwag manigarilyo.
13. ____ 時間以上空けてから、次の分を服用して下さい
☐ Inumin ang sumusunod na dosis ____ oras matapos inumin ang kasalukuyang dosis.
14. 錠剤をつぶしたり、カプセルを外さないでそのまま服用して下さい。
☐ Inumin na hindi dinudurog ang pildoras o tinatanggal sa kapsula.
15. 2～3日間で症状に改善がない場合には、病院に受診して下さい。
☐ Kung hindi bumuti ang sintomas sa loob ng 2-3 araw, kumonsulta sa doktor.
16. ____ 日間で症状に改善がない場合には、病院に受診して下さい。
☐ Kung hindi bumuti ang sintomas sa loob ng ____ araw, kumonsulta sa doktor.

使用法 Mga Direksyon

点眼薬 Pampatak sa mata

- ☆ コンタクトレンズをしたまま、使用しないで下さい。
Huwag ilagay kapag may suot na contact lenses.
- ☆ 目薬を使う前に手を綺麗に洗って下さい。
Hugasan ang kamay bago gamitin ang pampatak sa mata.
- ☆ 容器の先に手や指が触れないように注意して、キャップを外して下さい。
Alisin ng dahan-dahan ang takip na hindi nahahawakan ng kamay o daliri ang dulo ng bote/lalagyan.
- ☆ 目薬の容器の先端を出来るだけ瞼やまつ毛などに触れないように点眼をして下さい。
Huwag hayaan na ang dulo ng eye applicator ay masanggi ang talukap ng mata o pilik-mata.



図 1 figure 1

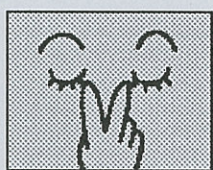


図 2 figure 2

坐薬 Mga suppositoryo

- ☆ なるべく排便後に使用して下さい。
Gamitin matapos dumumi.
- ☆ 肛門の奥に挿入して下さい。
Ipasak sa puwit.

塗り薬 Mga ointment.

- ☆ 患部に塗って（噴霧して）下さい。
I-apply (I-spray) ito sa apektadong lugar.
- ☆ 薄く塗っても効果があります。
Kahit konti lang ang i-apply ay mayroon epekto din.
- ☆ 目の周囲や、粘膜、傷口は避けて使用して下さい。
Huwag i-apply sa paligid ng mata, mucous membranes, o peklat.
- ☆ よく振ってから使用して下さい。
Alugin nang mabuti bago gamitin.

使用法 Mga direksyon

貼り薬 Transdermal patches

- ☆ 患部に貼って下さい。
I-apply sa mga apektadong lugar.
- ☆ 長時間、貼り続けるとかぶれる事があります。
Maaaring ma-irita ang balat kung i-apply nang matagal.
- ☆ 使用後は、袋をきちんと閉めておいて下さい。
Matapos gamitin, siguraduhin na isara nang maayos ang pakete.

うがい薬 Pang-mumog

- ☆ 水で薄めて使用して下さい。
Lagyan ng tubig bago gamitin.
- ☆ うがい液が洋服につくと、色がつきますので注意して下さい。
Ingatan na hindi malagyan ang damit dahil magiging mantya ito.

点鼻薬 Pampatak sa ilong

- ☆ 軽く鼻をかんでから使用して下さい。
Suminga ng mahina bago gamitin.

トローチ剤 Lozenges

- ☆ かまないで、口のなかでなめて下さい。
Huwag nguyain. Hayaan sa bibig hanggang matunaw.

副作用 Mga side effects

1. 眠気が現れることがあります。
☐ Maaaring maging sanhi ng pagkahilo.
2. 乗物又は機械類の運転操作をしないで下さい。
☐ Huwag magmaneho o magpa-andar ng kagamitan.
3. 発疹、発赤、かゆみが現れる事があります。
☐ Maaaring mag kroon ng pamamantal, pamumula, o pangangati ng balat.
4. 急な発熱、口の中・目・皮膚に異常がでたら使用を中止して薬の説明書を持参して病院に受診して下さい。
☐ Kung biglang magka-lagnat o magkaroon ng anumang di-karaniwang sintomas sa bibig, mata, o sa balat mo, itigil ang gamot at kumonsulta sa doktor. Siguraduhin na dalhin ang gamot at ang instruksiyon sa pag-inom.
5. 消化器症状（下痢、便秘、悪心、嘔吐、食欲不振など）が現れることがあります。
☐ Maaaring maging sanhi ng di-pagkakomportable sa tiyan (pagtatae, matigas na dumi, pagkahilo, pagsusuka, kawalan ng gana, atbp.).
6. 普段と違う症状が現れることがあります。
 （口が渇く、尿の出が悪くなる、頻回にトイレに行く、目のまぶしさやかすみ）
☐ Maaaring magkaroon ng iba pang sintomas.
 (pagka-uhaw, hirap sa pag-ihi, pabalik-balik sa banyo, nakararanas ang mata ng nasisilaw at panlalabo.).
7. めまいが現れることがあります。
☐ Maaaring maging sanhi ng pagkahilo.
8. 使用を中止して下さい。
☐ Itigil ang gamot.
9. 病院を受診して下さい。
☐ Kumonsulta sa doktor.

保管上の注意 Mga babala sa pagtago.

- ☆ 直射日光は避けて保管して下さい。
Itago malayo sa direktang init ng araw.
- ☆ 車内に薬は保管しないようにして下さい。
Huwag iwanan ang gamot mo sa loob ng kotse.
- ☆ 冷蔵庫に保管して下さい。
Itago ang gamot sa refrigerator.
- ☆ お子さんの手の届かない場所に保管して下さい。
Ilagay sa hindi maaabot ng mga bata.
- ☆ クスリ瓶、点眼薬、軟膏のチューブのふたはしっかり閉めて保管して下さい。
Siguraduhing nakasarang mabuti ang takip ng bote, pamatak sa mata at takip ng ointment bago itago.



かぜをひいたようだ、鼻炎かな、花粉症かな

Lista de verificação

- ☐ Coriza
- ☐ Obstrução Nasal
- ☐ Espirros
- ☐ Febre (____ °C)
- ☐ Calafrios
- ☐ Tosse
- ☐ Dor de garganta
- ☐ Fraqueza
- ☐ Coceira
- ☐ Olhos irritados

Histórico do Paciente

- ◇ Indique a intensidade da sua coriza/obstrução nasal.

Grave > Média

3 2 1

- ◇ Indique a intensidade da dor de garganta.

Grave > Média

3 2 1

- ◇ Com que frequência tosse?

Com frequência > Raramente

3 2 1

- ◇ Quando começaram os sintomas?

☐ Há 1 ~ 2 horas

☐ Há mais tempo

- ◇ Tem outros sintomas?

☐ Náuseas

☐ Diarréia

☐ Tonturas

確認事項 (チェックシート)

- ☐ 鼻水がでる
- ☐ 鼻がつまる
- ☐ くしゃみがでる
- ☐ 熱がある (____ °C)
- ☐ 悪寒がする
- ☐ 咳が出る
- ☐ のどが痛い
- ☐ 体がだるい
- ☐ 目が痒い
- ☐ 目が充血している

使用者の背景の確認

- ◇ 鼻水・鼻づまりの程度はどのようですか

強 > 弱

3 2 1

- ◇ のどの痛みの程度はどのようですか

強 > 弱

3 2 1

- ◇ せきの頻度はどの程度ですか

強 > 弱

3 2 1

- ◇ それはいつからですか

☐ 1 ~ 2 時間前

☐ ずっと前

- ◇ 他に症状がありますか

☐ 吐き気

☐ 下痢

☐ めまい

頭、他が痛い (関節痛、筋肉痛、生理痛は除く)

Lista de verificação

- ☐ Dor de cabeça
- ☐ Ferimento
- ☐ Dor de dente
- ☐ Dor de ouvido

Antecedentes do Paciente

- ◇ Indique a intensidade da sua dor.
Grave > Média
3 2 1
- ◇ Quando começou a sentir dor?
 - ☐ Há 1 ~ 2 horas
 - ☐ Há mais tempo
- ◇ Tem outros sintomas?
 - ☐ Febre
 - ☐ Náuseas
 - ☐ Tontura
 - ☐ Visão turva
 - ☐ Dor de cabeça com calafrios
 - ☐ Sensibilidade à luz e som
 - ☐ Sensação de incômodo em torno do nariz
 - ☐ No local da dor sente inchado e vermelho

確認事項 (チェックシート)

- ☐ 頭が痛い
- ☐ けがをした
- ☐ 歯が痛い
- ☐ 耳が痛い

使用者の背景の確認

- ◇ 痛みの程度はどのようなですか
強 > 弱
3 2 1
- ◇ いつから痛みがありますか
 - ☐ 1 ~ 2 時間前
 - ☐ ずっと前
- ◇ 他に症状がありますか
 - ☐ 熱がある
 - ☐ 吐き気
 - ☐ めまい
 - ☐ ものの見え方がおかしい
 - ☐ 寒気を伴う頭痛
 - ☐ 光や音に敏感になった
 - ☐ 鼻のあたりが重苦しい感じがする
 - ☐ 痛むところが腫れたり赤くなっていますか

筋肉や関節が痛い

Lista de verificação

- ◇ Onde sente dor?
 - ☐ Pescoço
 - ☐ Ombros
 - ☐ Cotovelo
 - ☐ Região lombar
 - ☐ Pernas
 - ☐ Braços
- ◇ Indique a intensidade da sua dor.
Grave > Média
3 2 1
- ◇ Quando começou a sentir dor?
 - ☐ Hoje
 - ☐ Há uns dias atrás
- ◇ Algumas das seguinte razões justifica a sua dor?
 - ☐ Exercício físico
 - ☐ Ferimento
- ◇ Tem outros sintomas?
 - ☐ Inchaço
 - ☐ Vermelhidão
 - ☐ Febre

確認事項 (チェックシート)

- ◇ 痛む場所はどこですか
 - ☐ 首
 - ☐ 肩
 - ☐ 肘
 - ☐ 腰
 - ☐ 足
 - ☐ 腕
- ◇ 痛みの程度はどのようなですか
強 > 弱
3 2 1
- ◇ いつから痛みがありますか
 - ☐ 今日
 - ☐ 昨日以前
- ◇ 下記に原因はありますか
 - ☐ 運動
 - ☐ けが
- ◇ 他に症状がありますか
 - ☐ 腫れている
 - ☐ 赤くなっている
 - ☐ 熱を持っている

お腹が痛い、生理痛

Lista de verificação

- ◇ Onde sente dor?
 - ☐ Estômago
 - ☐ Baixo-ventre
 - ☐ Costas
 - ☐ Dor menstrual
- ◇ Indique a intensidade da sua dor.
Grave > Média
3 2 1
- ◇ Quando começou a sentir dor?
 - ☐ Há 1 ~ 2 horas
 - ☐ Há mais tempo
- ◇ A dor teve início antes ou depois da refeição?
 - ☐ Antes
 - ☐ Depois
 - ☐ Com estômago vazio
- ◇ Algumas das seguinte razões justifica a sua dor?
 - ☐ Comida em excesso
 - ☐ Bebidas em excesso
 - ☐ Stress
 - ☐ Medicamento
- ◇ Tem outros sintomas?
 - ☐ Náuseas
 - ☐ Obstipação
 - ☐ Diarréia
 - ☐ Sangue na urina
 - ☐ Febre
- ◇ Reparou alguma alteração na cor das suas fezes?
 - ☐ Sim
 - ☐ Não

確認事項 (チェックシート)

- ◇ 痛む場所はどこですか
 - ☐ 胃部
 - ☐ 下腹部
 - ☐ 背部
 - ☐ 生理痛
- ◇ 痛みの程度はどのようなですか
強 > 弱
3 2 1
- ◇ いつから痛みがありますか
 - ☐ 1 ~ 2 時間前
 - ☐ ずっと前
- ◇ 食事の前と後ではどちらが痛いですか
 - ☐ 食事の前
 - ☐ 食事の後
 - ☐ おなかが空いている時
- ◇ 下記に原因はありますか
 - ☐ 食べすぎ
 - ☐ 飲みすぎ
 - ☐ ストレス
 - ☐ 薬の服用
- ◇ 他に症状がありますか
 - ☐ 吐き気
 - ☐ 便秘
 - ☐ 下痢
 - ☐ 血尿
 - ☐ 熱
- ◇ 便の色に変化はありますか
 - ☐ ある
 - ☐ ない

かゆい（皮膚の薬）

Lista de verificação

- ◇ Onde sente comichão (coceira)?
- ☐ Numa área exposta (visível)
- ☐ Numa área não exposta
- ◇ Indique a intensidade da sua comichão (coceira).
- Grave > Média
- 3 2 1
- ◇ Quando começou a irritação?
- ☐ De repente
- ☐ Recentemente
- (Há 2-3 dias ・
Há 1-semana ・
Há 2-3 semanas)
- ☐ Anteriormente
- (Há 1-mês ・
Há 3-meses ・
Há mais tempo)
- ◇ Pode indicar alguma causa?
- ☐ Sim
- (pé de atleta (frieira) ・
picada de inseto ・
erupção na pele ・
eczema ・ urticária)
- ☐ Não
- ◇ Além da irritação, tem qualquer outra sensação como calor, frio?
- ☐ Sim (dor ・ calor ・ frio)
- ☐ Não

確認事項（チェックシート）

- ◇ かゆい場所はどこですか
- ☐ 見せられる（見える）ところ
- ☐ 見せられないところ
- ◇ かゆみの程度はどのくらいですか
- 強 > 弱
- 3 2 1
- ◇ いつからですか
- ☐ 急に
- ☐ 最近
- (2、3 日前から ・
1 週間前から ・
2、3 週間前から)
- ☐ 以前から
- (1 ヶ月 ・
3 ヶ月 ・
それ以上)
- ◇ 原因は思いつきますか
- ☐ はい
- (水虫 ・
虫刺され ・
かぶれ ・ 湿疹 ・
じんましん)
- ☐ いいえ
- ◇ かゆみ以外で痛み、熱い、冷たい等感覚はありますか
- ☐ はい (痛い ・ 熱い ・ 冷たい)
- ☐ いいえ

目が疲れた、かすむ、かゆみ (眼の薬)

Lista de verificação

- ◇ Sintomas oftalmológicos
 - ☐ Cansaço
 - ☐ Visão turva
 - ☐ Dor
 - ☐ Coceira
 - ☐ Irritação
 - ☐ Secreção purulenta (pus)
 - ☐ Lacrimejar
 - ☐ Ressecado
- ◇ Quando começaram os sintomas?
 - ☐ Há 1 ~ 2 horas
 - ☐ Há mais tempo
- ◇ Tem outros sintomas?
 - ☐ Dor de cabeça
 - ☐ Náuseas
 - ☐ Tosse
 - ☐ Sintomas de rinite

確認事項 (チェックシート)

- ◇ 目の症状
 - ☐ 疲れた
 - ☐ かすむ
 - ☐ 痛い
 - ☐ かゆい
 - ☐ 充血している
 - ☐ 目やにが多く出る
 - ☐ 涙目
 - ☐ 乾燥
- ◇ いつからですか
 - ☐ 1 ~ 2 時間前
 - ☐ ずっと前
- ◇ 他に症状がありますか
 - ☐ 頭痛
 - ☐ 吐き気
 - ☐ 咳
 - ☐ 鼻炎症状

確認事項

Lista de verificação

該当する項目にチェックを入れて下さい。

Assinale com ☒ no item correspondente ao seu caso

1. どなたがクスリを使用するのですか。 年齢 (____ 歳)
 Quem utilizará o medicamento? Idade (____ anos)
 本人 本人以外
☐ o (a) próprio(a) ☐ Outra pessoa
2. 性別 (男性 ・ 女性)
 Sexo (☐ Masculino ・ ☐ Feminino)
3. 肝・腎・心・呼吸器・循環器疾患の既往歴があります。
☐ Você tem histórico médico de doença hepática • renal • cardíaca • respiratória • vascular.
4. 喘息・リウマチ・糖尿病の既往歴があります。
☐ Você tem histórico médico de asma • reumatismo • diabetes.
5. 前立腺肥大・緑内障の既往歴があります。
☐ Você tem histórico médico de hipertrofia de próstata • glaucoma.
6. アスピリン喘息、胃腸障害の既往歴があります。
☐ Você tem histórico médico de asma induzida por aspirina • gastroenteropatia.
7. 現在、服用中の薬や健康食品があります。
☐ Atualmente, está tomando medicamento ou alimentos dietéticos.
8. 妊娠、授乳中です。
☐ Está grávida ou em período de amamentação.
9. 薬で副作用を起こしたことがあります。
☐ Em alguma ocasião apresentou efeitos colaterais ou reações adversas a algum medicamento.
10. 卵・牛乳のアレルギーを起こしたことがあります。
☐ Em alguma ocasião apresentou alergia a ovos • leite.
11. コンタクトレンズを使用しています。 (ソフト ・ ハード)
☐ Utiliza lentes de contato. (Hidrófilas • Rígidas)

服用上・使用上の注意事項

Dosagem • Instruções de Uso

1. 1 日 ____ 回 1 回 ____ 個 1 回 ____ ml
☐ ____ vez(es) por dia ☐ ____ comprimido(s) por dose ☐ ____ ml por dosagem
2. 朝 昼 夕 寝る前
☐ de manhã ☐ à tarde ☐ à noite ☐ antes de deitar
3. 食後に服用して下さい。
☐ Tome após a refeição.
4. 食前に服用して下さい。
☐ Tome antes da refeição.
5. コップ 1 杯のお水かぬるま湯で服用して下さい。
☐ Tome com um copo de água.
6. 痛む時に服用（使用）して下さい。
☐ Tome (aplique) quando tiver dor.
7. 発熱時に服用（使用）して下さい。
☐ Tome quando tiver febre.
8. 便秘の時に服用（使用）して下さい。
☐ Tome (aplique) quando estiver com obstipação (prisão de ventre).
9. 眠れないときに服用して下さい。
☐ Tome quando não conseguir dormir.
10. 症状が強い時に服用して下さい。
☐ Tome quando os sintomas se agravarem.
11. このお薬を服用している間は、お酒は飲まないようにして下さい。
☐ Não tome bebidas alcoólicas durante a utilização do medicamento.
12. たばこは吸わないようにして下さい。
☐ Não fume.
13. ____ 時間以上空けてから、次の分を服用して下さい
☐ Tome a próximo dose com intervalos no mínimo de ____ hora(s).
14. 錠剤をつぶしたり、カプセルを外さないでそのまま服用して下さい。
☐ Tome sem partir os comprimidos ou remover as cápsulas.
15. 2～3 日間で症状に改善がない場合には、病院に受診して下さい。
☐ Se não sentir melhoras dos sintomas em 2 a 3 dias, procure orientação médica.
16. ____ 日間で症状に改善がない場合には、病院に受診して下さい。
☐ Se não sentir melhoras dos sintomas em ____ dias, procure orientação médica.

使用法 Instruções de uso

点眼薬 Colírio

- ☆ コンタクトレンズをしたまま、使用しないで下さい。
Não aplique com lentes de contato colocadas.
- ☆ 目薬を使う前に手を綺麗に洗って下さい。
Lave as mãos antes de utilizar o colírio.
- ☆ 容器の先に手や指が触れないように注意して、キャップを外して下さい。
Retire a tampa com cuidado para não tocar na ponta do frasco com as mãos ou dedos.
- ☆ 目薬の容器の先端を出来るだけ瞼やまつ毛などに触れないように点眼をして下さい。
Não deixe que a ponta do aplicador do colírio entre em contato com a pálpebra ou pestana.



図 1 figura 1

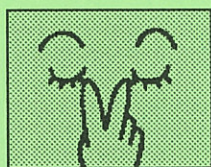


図 2 figura 2

坐薬 Supositórios

- ☆ なるべく排便後に使用して下さい。
Aplique depois de ter defecado.
- ☆ 肛門の奥に挿入して下さい。
Insera no anus.

塗り薬 Pomadas

- ☆ 患部に塗って（噴霧して）下さい。
Aplique (pulverize) sobre a área afetada.
- ☆ 薄く塗っても効果があります。
Uma ligeira aplicação produzirá efeito.
- ☆ 目の周囲や、粘膜、傷口は避けて使用して下さい。
Não aplique em torno dos olhos, nas membranas mucosas ou feridas.
- ☆ よく振ってから使用して下さい。
Agite bem antes de utilizar.

使用法 Instruções de uso

貼り薬 Adesivos transdérmicos

- ☆ 患部に貼って下さい。
Aplique na área afetada.
- ☆ 長時間、貼り続けるとかぶれる事があります。
Pode provocar irritação de pele se aplicado durante um longo período de tempo.
- ☆ 使用後は、袋をきちんと閉めておいて下さい。
Depois de utilizar, feche devidamente a embalagem.

うがい薬 Gargarejo

- ☆ 水で薄めて使用して下さい。
Diluir em água, antes de utilizar.
- ☆ うがい液が洋服につくと、色がつきますので注意して下さい。
Cuidado para não respingar o líquido do gargarejo na roupa, porque causa manchas.

点鼻薬 Gotas nasais

- ☆ 軽く鼻をかんでから使用して下さい。
Assoar levemente o nariz, antes de aplicar.

トローチ剤 Pastilhas

- ☆ かまないで、口のなかでなめて下さい。
Não mastigar, colocar na boca e deixar dissolver.

副作用 Efeitos colaterais ou reações adversas.

1. 眠気が現れることがあります。
☐ Pode causar sonolência.
2. 乗物又は機械類の運転操作をしないで下さい。
☐ Não conduzir, nem manejar qualquer tipo de equipamento.
3. 発疹、発赤、かゆみが現れる事があります。
☐ Pode ocorrer erupção na pele, vermelhidão ou comichão (coceira).
4. 急な発熱、口の中・目・皮膚に異常がでたら使用を中止して薬の説明書を持参して病院に受診して下さい。
☐ Se surgir uma súbita febre ou se sentir qualquer sensação estranha na boca, nos olhos ou na pele, interrompa de imediato o medicamento e procure orientação médica, levando consigo o medicamento e as respectivas instruções.
5. 消化器症状（下痢、便秘、悪心、嘔吐、食欲不振など）が現れることがあります。
☐ Pode aparecer desconforto digestivo como (diarreia, obstipação ou prisão de ventre, náuseas, vômitos, perda de apetite, etc).
6. 普段と違う症状が現れることがあります。
（口が渇く、尿の出が悪くなる、頻回にトイレに行く、目のまぶしさやかすみ）
☐ Podem aparecer reações desagradáveis tais como (sede, dificuldade de urinar, necessidade urgente e repetitivo de ir ao banheiro, sentir a vista ofuscada e turva).
7. めまいが現れることがあります。
☐ Pode causar tonturas.
8. 使用を中止して下さい。
☐ Interromper a utilização do medicamento.
9. 病院を受診して下さい。
☐ Procure orientação médica.

保管上の注意 Cuidados de armazenamento

- ☆ 直射日光は避けて保管して下さい。
Proteger o medicamento da luz (sol).
- ☆ 車内に薬は保管しないようにして下さい。
Não deixar o medicamento no automóvel.
- ☆ 冷蔵庫に保管して下さい。
Conservar o medicamento na geladeira.
- ☆ お子さんの手の届かない場所に保管して下さい。
Todo medicamento deve ser mantido fora do alcance das crianças.
- ☆ クスリ瓶、点眼薬、軟膏のチューブのふたはしっかり閉めて保管して下さい。
O frasco do medicamento, do colírio e da pomada devem ser fechados antes de serem guardados.



かぜをひいたようだ、鼻炎かな、花粉症かな

Síntomas

- ☐ Mucosidad
- ☐ Congestión nasal
- ☐ Estornudos
- ☐ Fiebre (____ °C)
- ☐ Escalafrios
- ☐ Tos
- ☐ Dolor de garganta
- ☐ Cansancio
- ☐ Ojos con picazón
- ☐ Ojos enrojecidos

Historial del paciente

- ◇ Defina la intensidad de la mucosidad/ congestión nasal
Fuerte > Moderada
3 2 1
- ◇ Defina la intensidad del dolor de garganta
Fuerte > Moderada
3 2 1
- ◇ ¿Cada cuanto tose?
A menudo > Rara vez
3 2 1
- ◇ ¿Cuándo se iniciaron los síntomas?
☐ Hace 1 ó 2 horas
☐ Hace mucho tiempo
- ◇ ¿Presenta algún otro síntoma?
☐ Náuseas
☐ Diarrea
☐ Mareos

確認事項 (チェックシート)

- ☐ 鼻水がでる
- ☐ 鼻がつまる
- ☐ くしゃみがでる
- ☐ 熱がある (____ °C)
- ☐ 悪寒がする
- ☐ 咳が出る
- ☐ のどが痛い
- ☐ 体がだるい
- ☐ 目が痒い
- ☐ 目が充血している

使用者の背景の確認

- ◇ 鼻水・鼻づまりの程度はどのようですか
強 > 弱
3 2 1
- ◇ のどの痛みの程度はどのようですか
強 > 弱
3 2 1
- ◇ せきの頻度はどの程度ですか
強 > 弱
3 2 1
- ◇ それはいつからですか
☐ 1 ~ 2 時間前
☐ ずっと前
- ◇ 他に症状がありますか
☐ 吐き気
☐ 下痢
☐ めまい

頭、他が痛い (関節痛、筋肉痛、生理痛は除く)

Síntomas

- ☐ Dolor de cabeza
- ☐ Lesiones o heridas
- ☐ Dolor de dientes
- ☐ Dolor de oídos

Historial del paciente

- ◇ Defina la intensidad del dolor
Fuerte > Moderado
3 2 1
- ◇ ¿Cuándo empezó el dolor?
☐ Hace 1 ó 2 horas
☐ Hace mucho tiempo
- ◇ ¿Presenta algún otro síntoma?
☐ Fiebre
☐ Náuseas
☐ Mareos
☐ Visión borrosa
☐ Dolor de cabeza y escalofríos
☐ Sensibilidad a la luz o al sonido
☐ Sensación de pesadez alrededor de la nariz
☐ Enrojecimiento e hinchazón en el lugar del dolor

確認事項 (チェックシート)

- ☐ 頭が痛い
- ☐ けがをした
- ☐ 歯が痛い
- ☐ 耳が痛い

使用者の背景の確認

- ◇ 痛みの程度はどのようですか
強 > 弱
3 2 1
- ◇ いつから痛みがありますか
☐ 1 ~ 2 時間前
☐ ずっと前
- ◇ 他に症状がありますか
☐ 熱がある
☐ 吐き気
☐ めまい
☐ ものの見え方がおかしい
☐ 寒気を伴う頭痛
☐ 光や音に敏感になった
☐ 鼻のあたりが重苦しい感じがする

☐ 痛むところが腫れたり赤くなっていますか

筋肉や関節が痛い

Síntomas

- ◇ ¿Dónde se localiza el dolor?
 - ☐ Cuello
 - ☐ Hombros
 - ☐ Codo
 - ☐ Espalda
 - ☐ Piernas
 - ☐ Brazos
- ◇ Defina la intensidad del dolor
Fuerte > Moderado
3 2 1
- ◇ ¿Cuándo empezó el dolor?
 - ☐ Hoy
 - ☐ Hace más de un día
- ◇ ¿Puede deberse el dolor a alguna de las razones siguientes?
 - ☐ Ejercicio
 - ☐ Lesiones o heridas
- ◇ ¿Presenta algún otro síntoma?
 - ☐ Hinchazón
 - ☐ Enrojecimiento
 - ☐ Fiebre

確認事項 (チェックシート)

- ◇ 痛む場所はどこですか
 - ☐ 首
 - ☐ 肩
 - ☐ 肘
 - ☐ 腰
 - ☐ 足
 - ☐ 腕
- ◇ 痛みの程度はどのようなですか
強 > 弱
3 2 1
- ◇ いつから痛みがありますか
 - ☐ 今日
 - ☐ 昨日以前
- ◇ 下記に原因はありますか
 - ☐ 運動
 - ☐ けが
- ◇ 他に症状がありますか
 - ☐ 腫れている
 - ☐ 赤くなっている
 - ☐ 熱を持っている

お腹が痛い、生理痛

Síntomas

- ◇ ¿Dónde siente dolor?
 - ☐ Estómago
 - ☐ Bajo vientre
 - ☐ Espalda
 - ☐ Dolor menstrual
- ◇ Defina la intensidad del dolor
Fuerte > Moderado
3 2 1
- ◇ ¿Cuándo empezó el dolor?
 - ☐ Hace 1 ó 2 horas
 - ☐ Hace mucho tiempo
- ◇ ¿Cuándo empezó el dolor? ¿Antes o después de una comida?
 - ☐ Antes
 - ☐ Después
 - ☐ Con el estómago vacío
- ◇ ¿Puede deberse el dolor a alguna de las razones siguientes?
 - ☐ Comer en exceso
 - ☐ Beber en exceso
 - ☐ Estrés
 - ☐ Medicación
- ◇ ¿Presenta algún otro síntoma?
 - ☐ Náuseas
 - ☐ Estreñimiento
 - ☐ Diarrea
 - ☐ Sangre en la orina
 - ☐ Fiebre
- ◇ ¿Ha notado algún cambio de color en sus deposiciones?
 - ☐ Sí
 - ☐ No

確認事項 (チェックシート)

- ◇ 痛む場所はどこですか
 - ☐ 胃部
 - ☐ 下腹部
 - ☐ 背部
 - ☐ 生理痛
- ◇ 痛みの程度はどのようなですか
強 > 弱
3 2 1
- ◇ いつから痛みがありますか
 - ☐ 1～2時間前
 - ☐ ずっと前
- ◇ 食事の前と後ではどちらが痛いですか
 - ☐ 食事の前
 - ☐ 食事の後
 - ☐ おなかが空いている時
- ◇ 下記に原因はありますか
 - ☐ 食べすぎ
 - ☐ 飲みすぎ
 - ☐ ストレス
 - ☐ 薬の服用
- ◇ 他に症状がありますか
 - ☐ 吐き気
 - ☐ 便秘
 - ☐ 下痢
 - ☐ 血尿
 - ☐ 熱
- ◇ 便の色に変化はありますか
 - ☐ ある
 - ☐ ない

かゆい（皮膚の薬）

Síntomas

- ◇ ¿Dónde siente picores?
- ☐ En una zona visible
- ☐ En una zona no visible
- ◇ Defina la intensidad de los picores
- Fuertes > Moderados
- 3 2 1
- ◇ ¿Cuándo empezaron los picores?
- ☐ De repente
- ☐ Hace poco tiempo
- (hace 2 ó 3 días ・
hace 1 semana ・
hace 2 ó 3 semanas)
- ☐ Hace tiempo
- (1 mes ・
3 meses ・
Hace 3 meses)
- ◇ ¿Puede deberse a alguna de estas razones?
- ☐ Sí
- (pie de atleta ・
picada de insecto ・
sarpullido ・ eccema ・
urticaria)
- ☐ No
- ◇ Aparte de picores, ¿nota alguna otra sensación (p. ej. calor, frío, etc.)?
- ☐ Sí (dolor ・ calor ・ frío)
- ☐ No

確認事項（チェックシート）

- ◇ かゆい場所はどこですか
- ☐ 見せられる（見える）ところ
- ☐ 見せられないところ
- ◇ かゆみの程度はどのくらいですか
- 強 > 弱
- 3 2 1
- ◇ いつからですか
- ☐ 急に
- ☐ 最近
- (2、3 日前から ・
1 週間前から ・
2、3 週間前から)
- ☐ 以前から
- (1 ヶ月 ・
3 ヶ月 ・
それ以上)
- ◇ 原因は思いつきますか
- ☐ はい
- (水虫 ・
虫刺され ・
かぶれ ・ 湿疹 ・
じんましん)
- ☐ いいえ
- ◇ かゆみ以外で痛み、熱い、冷たい等感覚はありますか
- ☐ はい (痛い ・ 熱い ・ 冷たい)
- ☐ いいえ

目が疲れた、かすむ、かゆみ (眼の薬)

Síntomas

- ◇ Síntomas oculares
 - ☐ Ojo cansado
 - ☐ Visión borrosa
 - ☐ Dolor
 - ☐ Picor
 - ☐ Ojos irritados
 - ☐ Legañas
 - ☐ Ojos lacrimosos
 - ☐ Sequedad
- ◇ ¿Cuándo empezaron los síntomas?
 - ☐ Hace 1 ó 2 horas
 - ☐ Hace mucho tiempo
- ◇ ¿Presenta algún otro síntoma?
 - ☐ Dolor de cabeza
 - ☐ Náuseas
 - ☐ Tos
 - ☐ Rinitis

確認事項 (チェックシート)

- ◇ 目の症状
 - ☐ 疲れた
 - ☐ かすむ
 - ☐ 痛い
 - ☐ かゆい
 - ☐ 充血している
 - ☐ 目やにが多く出る
 - ☐ 涙目
 - ☐ 乾燥
- ◇ いつからですか
 - ☐ 1～2時間前
 - ☐ ずっと前
- ◇ 他に症状がありますか
 - ☐ 頭痛
 - ☐ 吐き気
 - ☐ 咳
 - ☐ 鼻炎症状

確認事項 Síntomas

該当する項目にチェックを入れて下さい。

Marque las casillas correspondientes a su caso.

1. どなたがクスリを使用するのですか。 年齢 (____ 歳)
 Persona que tomará el medicamento. Edad (____ años)
 本人 本人以外
☐ usted ☐ otros
2. 性別 (男性 ・ 女性)
 Sexo (☐ Hombre ・ ☐ Mujer)
3. 肝・腎・心・呼吸器・循環器疾患の既往歴があります。
☐ El/la paciente tiene un historial médico de enfermedades hepáticas • renales • cardiovasculares • respiratorias • circulatorias.
4. 喘息・リウマチ・糖尿病の既往歴があります。
☐ El/la paciente tiene un historial médico de asma • reumatismo • diabetes.
5. 前立腺肥大・緑内障の既往歴があります。
☐ El/la paciente tiene un historial médico de hipertrofia prostática • glaucoma.
6. アスピリン喘息、胃腸障害の既往歴があります。
☐ El/la paciente tiene un historial médico de asma inducida por aspirina • enfermedades gastrointestinales.
7. 現在、服用中の薬や健康食品があります。
☐ Actualmente, el/la paciente esta tomando medicamentos o alimentos dietéticos.
8. 妊娠、授乳中です。
☐ Actualmente, la paciente está embarazada o en periodo de lactancia materna.
9. 薬で副作用を起こしたことがあります。
☐ El/la paciente ha tenido, en alguna ocasión, reacciones adversas a medicamentos.
10. 卵・牛乳のアレルギーを起こしたことがあります。
☐ El/la paciente ha tenido, en alguna ocasión, reacciones alérgicas a los huevos • leche.
11. コンタクトレンズを使用しています。 (ソフト ・ ハード)
☐ El/la paciente utiliza lentes de contacto . (Blandas ・ duras)

服用上・使用上の注意事項

Dosificación · instrucciones de uso

1. 1 日 ____ 回 1 回 ____ 個 1 回 ____ ml
☐ ____ veces al día ☐ ____ píldoras por dosis ☐ ____ ml por dosis
2. 朝 昼 夕 寝る前
☐ mañana ☐ tarde ☐ noche ☐ al acostarse
3. 食後に服用して下さい。
☐ Tómelo después de las comidas.
4. 食前に服用して下さい。
☐ Tómelo antes de las comidas.
5. コップ 1 杯のお水かぬるま湯で服用して下さい。
☐ Tómelo con un vaso de agua.
6. 痛む時に服用（使用）して下さい。
☐ Tómelo/Utilicelo cuando sienta dolor.
7. 発熱時に服用（使用）して下さい。
☐ Tómelo cuando tenga fiebre.
8. 便秘の時に服用（使用）して下さい。
☐ Tómelo/Utilicelo cuando padezca estreñimiento.
9. 眠れないときに服用して下さい。
☐ Tómelo cuando no pueda dormir.
10. 症状が強い時に服用して下さい。
☐ Tómelo cuando los síntomas empeoren.
11. このお薬を服用している間は、お酒は飲まないようにして下さい。
☐ No consuma alcohol mientras toma este medicamento.
12. たばこは吸わないようにして下さい。
☐ No fume.
13. ____ 時間以上空けてから、次の分を服用して下さい
☐ Tome la dosis siguiente ____ horas después de tomar la dosis actual.
14. 錠剤をつぶしたり、カプセルを外さないでそのまま服用して下さい。
☐ No aplaste los comprimidos ni abra las cápsulas.
15. 2 ～ 3 日間で症状に改善がない場合には、病院に受診して下さい。
☐ Si los síntomas no mejoran en 2 o 3 días, consulte a un médico.
16. ____ 日間で症状に改善がない場合には、病院に受診して下さい。
☐ Si los síntomas no mejoran en ____ días, consulte a un médico.

使用法 Instrucciones

点眼薬 Colirios

- ☆ コンタクトレンズをしたまま、使用しないで下さい。
No aplique el colirio si lleva puesto las lentes de contacto.
- ☆ 目薬を使う前に手を綺麗に洗って下さい。
Lávese las manos antes de utilizar el colirio.
- ☆ 容器の先に手や指が触れないように注意して、キャップを外して下さい。
Quite el tapón con cuidado; no toque la punta del gotero con las manos o los dedos.
- ☆ 目薬の容器の先端を出来るだけ瞼やまつ毛などに触れないように点眼をして下さい。
No permita que el extremo del gotero entre en contacto con los párpados o las pestañas.



図 1 imagen 1

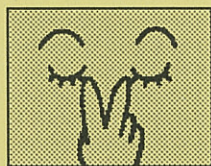


図 2 imagen 2

坐薬 Supositorios

- ☆ なるべく排便後に使用して下さい。
Utilice el supositorio después de haber evacuado.
- ☆ 肛門の奥に挿入して下さい。
Introdúzcalo en el recto.

塗り薬 Pomadas

- ☆ 患部に塗って（噴霧して）下さい。
Aplique la pomada en la zona afectada.
- ☆ 薄く塗っても効果があります。
Basta con la aplicación de una capa fina.
- ☆ 目の周囲や、粘膜、傷口は避けて使用して下さい。
No la aplique alrededor de los ojos, mucosas o heridas.
- ☆ よく振ってから使用して下さい。
Agite bien la pomada antes de utilizarla.

使用法 Instrucciones

貼り薬 Parches transcutáneos

- ☆ 患部に貼って下さい。
Coloque el parche en la zona afectada.
- ☆ 長時間、貼り続けるとかぶれる事があります。
Si se aplica durante un periodo de tiempo prolongado, puede irritar la piel.
- ☆ 使用後は、袋をきちんと閉めておいて下さい。
Después de utilizarlo, asegúrese de cerrar correctamente el paquete.

うがい薬 Gárgaras

- ☆ 水で薄めて使用して下さい。
Diluya el medicamento con agua antes de utilizarlo.
- ☆ うがい液が洋服につくと、色がつきますので注意して下さい。
Procure no salpicar la ropa, ya que el líquido mancha.

点鼻薬 Gotas nasales

- ☆ 軽く鼻をかんでから使用して下さい。
Antes de utilizar las gotas, suénese la nariz ligeramente.

トローチ剤 Pastillas

- ☆ かまないで、口のなかでなめて下さい。
No las mastique. Deje que se disuelvan en la boca.

副作用 Reacciones adversas

1. 眠気が現れることがあります。
☐ Puede provocar somnolencia.
2. 乗物又は機械類の運転操作をしないで下さい。
☐ No conduzca ni maneje maquinaria.
3. 発疹、発赤、かゆみが現れる事があります。
☐ Puede provocar erupciones, eritema o picores.
4. 急な発熱、口の中・目・皮膚に異常がでたら使用を中止して薬の説明書を持参して病院に受診して下さい。
☐ Si le sube la fiebre repentinamente o aparece algún efecto extraño en la boca, los ojos o la piel, interrumpa el tratamiento y consulte a un médico. Asegúrese de llevarle el medicamento junto con el prospecto.
5. 消化器症状（下痢、便秘、悪心、嘔吐、食欲不振など）が現れることがあります。
☐ Puede causar problemas digestivos (diarrea, estreñimiento, náuseas, vómitos, pérdida del apetito, etc.).
6. 普段と違う症状が現れることがあります。
（口が渇く、尿の出が悪くなる、頻回にトイレに行く、目のまぶしさやかすみ）
☐ Puede experimentar otros síntomas.
(sed, dificultades para orinar, necesidad de orinar más a menudo de lo normal visión borrosa).
7. めまいが現れることがあります。
☐ Puede causar mareos.
8. 使用を中止して下さい。
☐ Interrumpa el tratamiento.
9. 病院を受診して下さい。
☐ Consulte a un médico.

保管上の注意 Consejos de almacenamiento

- ☆ 直射日光は避けて保管して下さい。
Mantenga el medicamento alejado de la luz solar directa.
- ☆ 車内に薬は保管しないようにして下さい。
No deje el medicamento en el automóvil.
- ☆ 冷蔵庫に保管して下さい。
Guarde el medicamento en la nevera (heladera).
- ☆ お子さんの手の届かない場所に保管して下さい。
Mantengalo fuera del alcance de los niños.
- ☆ クスリ瓶、点眼薬、軟膏のチューブのふたはしっかり閉めて保管して下さい。
Asegúrese de colocar correctamente la tapa o el tapón de las botellas, goteros o pomadas medicinales antes de guardarlos.



参考文献

- 「外国人向け店頭対応マニュアル」
長野県衛生部薬務課・社団法人長野県薬剤師会
- 「薬局店頭における外国人対応マニュアル」 大阪府健康福祉課
- 「OTC薬の選び方・使い方」 じほう, 2006

神奈川県薬剤師会 かかりつけ薬局一般用医薬品服薬指導検討委員会

学識経験者 中村 健

神奈川県医師会理事 羽鳥 裕

神奈川県地域婦人団体連絡協議会 三部 雅世

財団法人かながわ国際交流財団 国際協力課長 細田 真由美

神奈川県外国籍県民相談員 行徳グラリーセ景子猪狩

神奈川県薬剤師会副会長 嶋 元

神奈川県薬剤師会常務理事 鵜飼 典男

神奈川県薬剤師会理事 島田 清文

〈作業部会〉 委 員 金丸 茂樹

委 員 金子 守弘

委 員 斉藤 祐一

委 員 佐藤 弘子

委 員 田中 大一

(敬称略 順不同)

協 力 神奈川県薬務課

外国籍県民向け一般用医薬品販売対応マニュアル

平成20年3月発行

発行者 田中 英昭

発行所 社団法人 神奈川県薬剤師会

〒235-0007

神奈川県横浜市磯子区西町14-11

神奈川県総合薬事保健センター2F

TEL 045-761-3241 FAX 045-751-4460

印刷所 山王印刷 株式会社

TEL : 045-714-2021

