

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

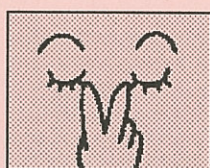


図 2 figure 2

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.