

Đúng



KHÔNG



Tôi không biết



Tên của bạn

Bằng lái xe

Số điện thoại

Địa chỉ nhà

Gia đình

Đau ngực

Co giật

không thể thở

Chóng mặt

Đau đầu

Lạnh lẽo

Nóng

Ngứa

Nổi đau

Sốt

Đốt cháy

Tê

Đau bụng

Nôn mửa

Tiêu chảy

bệnh tiểu đường

Dị ứng

Huyết áp

Yếu đuối

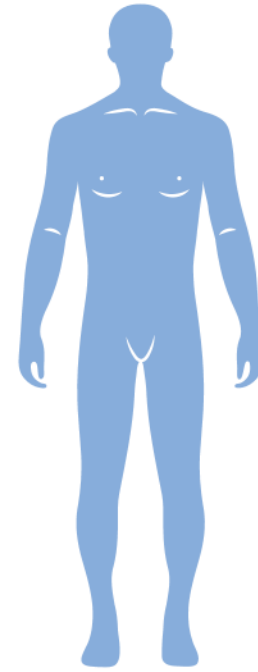
Dừng lại

Phút

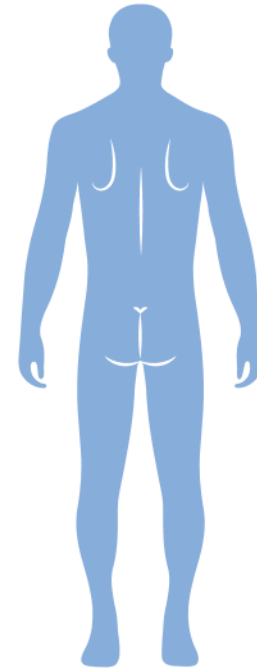
Giờ

24 HOURS ngày

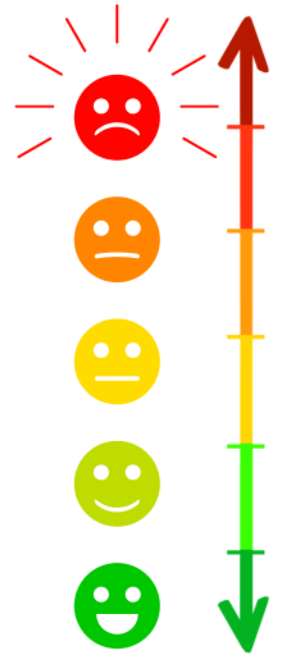
SUNDAY	MONDAY	TUESDAY	
Chủ Nhật	thứ Hai	thứ Ba	
WEDNESDAY	THURSDAY	FRIDAY	SATURDAY
thứ Tư	thứ Năm	thứ Sáu	thứ Bảy



Mặt trước cơ thể



Mặt sau của cơ thể



Mức độ đau

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

a	ă	â	b	c	d	đ	e	ê	g
h	i	k	l	m	n	o	ô	ơ	p
q	r	s	t	u	ư	v	x	y	

ph ch tr qu gi th kh ng nh