CHECK BOX

PATIENT HISTORY								
SYMPTOM								
NAME	COLD		FEVER		HEADACHE		VOMITING	
INDA	☑ TRUE	COLD	☑	YES	☑	YES	☑	YES
BLESSEY	☐ FALSE	NIL	☑	YES	☑	YES	☐	NO
RILA	☐ FALSE	NIL	☐	NO	☐	NO	☐	NO
MEIAR	☐ FALSE	NIL	☐	NO	☐	NO	☐	NO
HUN	☐ FALSE	NIL	☐	NO	☐	NO	☐	NO