

日付	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
お薬の服用状況	<input type="checkbox"/> 服用できた <input type="checkbox"/> 服用できなかった	<input type="checkbox"/> 服用できた <input type="checkbox"/> 服用できなかった	<input type="checkbox"/> 服用できた <input type="checkbox"/> 服用できなかった	<input type="checkbox"/> 服用できた <input type="checkbox"/> 服用できなかった	<input type="checkbox"/> 服用できた <input type="checkbox"/> 服用できなかった	<input type="checkbox"/> 服用できた <input type="checkbox"/> 服用できなかった	<input type="checkbox"/> 服用できた <input type="checkbox"/> 服用できなかった
初診時の痛みを「10」として、日中の痛みの強さを総合的に判断して○をつけてください	<p>初診時の痛み</p> <p>痛みなし</p>	<p>初診時の痛み</p> <p>痛みなし</p>	<p>初診時の痛み</p> <p>痛みなし</p>	<p>初診時の痛み</p> <p>痛みなし</p>	<p>初診時の痛み</p> <p>痛みなし</p>	<p>初診時の痛み</p> <p>痛みなし</p>	<p>初診時の痛み</p> <p>痛みなし</p>
睡眠	<input type="checkbox"/> よく眠れた <input type="checkbox"/> まあまあ眠れた <input type="checkbox"/> あまり眠れなかった <input type="checkbox"/> 眠れなかった	<input type="checkbox"/> よく眠れた <input type="checkbox"/> まあまあ眠れた <input type="checkbox"/> あまり眠れなかった <input type="checkbox"/> 眠れなかった	<input type="checkbox"/> よく眠れた <input type="checkbox"/> まあまあ眠れた <input type="checkbox"/> あまり眠れなかった <input type="checkbox"/> 眠れなかった	<input type="checkbox"/> よく眠れた <input type="checkbox"/> まあまあ眠れた <input type="checkbox"/> あまり眠れなかった <input type="checkbox"/> 眠れなかった	<input type="checkbox"/> よく眠れた <input type="checkbox"/> まあまあ眠れた <input type="checkbox"/> あまり眠れなかった <input type="checkbox"/> 眠れなかった	<input type="checkbox"/> よく眠れた <input type="checkbox"/> まあまあ眠れた <input type="checkbox"/> あまり眠れなかった <input type="checkbox"/> 眠れなかった	<input type="checkbox"/> よく眠れた <input type="checkbox"/> まあまあ眠れた <input type="checkbox"/> あまり眠れなかった <input type="checkbox"/> 眠れなかった
運動	<input type="checkbox"/> した [] <input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> した [] <input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> した [] <input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> した [] <input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> した [] <input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> した [] <input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> した [] <input type="checkbox"/> していない
日常生活で改善が実感できたこと							
メモ (気になることや先生に伝えておきたいことをお書きください)							