

| 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) | | | | | | | |