

APPENDIX N

DAILY RECORD

แบบบันทึกประจำวัน

วัน-เดือน-ปี	ได้ปฏิบัติตามโปรแกรมที่นักกายภาพบำบัดแนะนำไว้หรือไม่?	หมายเหตุ
	<input type="checkbox"/> ได้ปฏิบัติ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ปฏิบัติ เนื่องจาก.....	
	<input type="checkbox"/> ได้ปฏิบัติ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ปฏิบัติ เนื่องจาก.....	
	<input type="checkbox"/> ได้ปฏิบัติ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ปฏิบัติ เนื่องจาก.....	
	<input type="checkbox"/> ได้ปฏิบัติ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ปฏิบัติ เนื่องจาก.....	