

APPENDIX N

DAILY RECORD

แบบบันทึกประจำวัน

วัน-เดือน-ปี	ได้ปฏิบัติตามโปรแกรมที่นักกายภาพบำบัดแนะนำไว้หรือไม่?	หมายเหตุ
	☐ ได้ปฏิบัติ ☐ ไม่ได้ปฏิบัติ เนื่องจาก.....	
	☐ ได้ปฏิบัติ ☐ ไม่ได้ปฏิบัติ เนื่องจาก.....	
	☐ ได้ปฏิบัติ ☐ ไม่ได้ปฏิบัติ เนื่องจาก.....	
	☐ ได้ปฏิบัติ ☐ ไม่ได้ปฏิบัติ เนื่องจาก.....	