

患者様記入欄

**痛み** 0 : 痛みがない, 1 : 違和感, ~ 10 : 最悪の痛みの中で, 痛みの程度を記載してください

初診時											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
初術後											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2回目											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3回目											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4回目											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5回目											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6回目											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7回目											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8回目											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9回目											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
終了 回											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

**関節音** 0 : 音がない~ 10 : 非常に気になる大きな音の中で, 関節の音の程度を記載してください

初診時											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
初術後											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2回目											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3回目											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4回目											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5回目											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6回目											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7回目											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8回目											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9回目											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
終了 回											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10