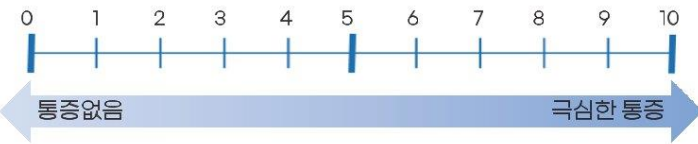



건강 문제가 있었던 날을 기록하여 의사에게 보여주세요.

작성 일시	작성자
전달사항 <input type="checkbox"/> 기침 <input type="checkbox"/> 콧물 <input type="checkbox"/> 가래 <input type="checkbox"/> 발열 _____ _____ _____ _____ _____	
통증 부위: _____	
통증(숫자 표시 측정도구) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 	
통증(표정 측정도구)  <p> 통증 없음 조금 아프다 아프다 많이 아프다 매우 아프다 상상할 수 있는 가장 심한 정도로 아프다 (반드시 울어야 할 필요는 없음) </p>	

건강 문제가 있었던 날을 기록하여 의사에게 보여주세요.

작성 일시	작성자
전달사항 <input type="checkbox"/> 기침 <input type="checkbox"/> 콧물 <input type="checkbox"/> 가래 <input type="checkbox"/> 발열 _____ _____ _____ _____ _____	
통증 부위: _____	
통증(숫자 표시 측정도구) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 	
통증(표정 측정도구)  <p> 통증 없음 조금 아프다 아프다 많이 아프다 매우 아프다 상상할 수 있는 가장 심한 정도로 아프다 (반드시 울어야 할 필요는 없음) </p>	