

דו"ח מעקב טיפולי

תאריך: _____

שם מלא: _____ טיפול מס': _____

הרגשה לאחר טיפול קודם / תגובות לטיפול אחרון

איך המטופל מרגיש היום?

תמונת דופק

ימין				שמאל			
	LU		LI		HT		SI
	SP		ST		LIV		GB
	PC		TW		KID		BL

תמונת לשון:

סנדרום מרכזי:

ע.טיפולי:

הערות:
