

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.טיפול:

---

הערות:

---



---