

ID:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Today's
Date:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|--|---|----|--|---|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| mm | | / | dd | | / | yyy | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

1. Check all the areas in which you have had pain over the last week:

| | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Shoulder, Lt. <input type="checkbox"/> Shoulder, Rt. | <input type="checkbox"/> Upper Leg, Lt. <input type="checkbox"/> Upper Leg, Rt. | <input type="checkbox"/> Lower Back <input type="checkbox"/> Upper Back <input type="checkbox"/> Neck |
| <input type="checkbox"/> Hip, Lt. <input type="checkbox"/> Hip, Rt. | <input type="checkbox"/> Lower Leg, Lt. <input type="checkbox"/> Lower Leg, Rt. | |
| <input type="checkbox"/> Upper Arm, Lt. <input type="checkbox"/> Upper Arm, Rt. | <input type="checkbox"/> Jaw, Lt. <input type="checkbox"/> Jaw, Rt. | <input type="checkbox"/> No pain in any of these areas |
| <input type="checkbox"/> Lower Arm, Lt. <input type="checkbox"/> Lower Arm, Rt. | <input type="checkbox"/> Chest <input type="checkbox"/> Abdomen | |

| |
|--|
| |
|--|

