Vキッズの経過報告

初診時 立位正面

| 身長 | 初診時 | c m |
|----|-----|-----|
| | | c m |

終了予定 **年** 月 残りの期間は ヶ月です。 初診時 立位側方

| <u> 17 17</u> | 测力 | | |
|-----------------|----|--|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |