

قائمة التحقق لمقدمي الرعاية

التاريخ:

اسم الحملة:

الغاية الشخصية

الأنشطة و التمارين

المدة

النشاط

الوجبات

الكمية

الوقت

الوجبة

العلاج الطبيعي

الأدوية

الجرعة

الوقت

الدواء

استخدام الحمام

التببير المنزلي

الإمدادات

ملاحظات

مقدم الرعاية

الاسم:

التوقيع: