

قائمة التحقق لمقدمي الرعاية

اسم الحملة: التاريخ:

الأنشطة و التمارين		العناية الشخصية	
النشاط	المدة		
الوجبات			
الوجبة	الوقت	الكمية	
العلاج الطبيعي			
الأدوية			
الدواء	الوقت	الجرعة	
استخدام الحمام			
التدبير المنزلي			
الإمدادات			
ملاحظات			
مقدم الرعاية			
الاسم:			
التوقيع:			