Petunjuk untuk pendamping pengganti

Nama orang yang dirawat _____

Tanggal _____

Diserahkan oleh _____

Diterima oleh _____

Rutinitas harian

Makanan dan minuman

Obat: jenis, waktu pemberian, dan tempat penyimpanan

Mobilitas, penggunaan toilet, dan perawatan diri

JIKA ANDA MERASA KHAWATIR

#	Nama	Hubungan	Telepon
1			

#	Nama	Hubungan	Telepon
2			
3			
4			

Catatan rumah (kunci, pemanas, hewan peliharaan, alarm)