

タクティールケア記録

(提出用)

名前：		施設名／住所：			担当：	
病名：				生年月日／年齢：		
主な症状・訴え：				患者・関係者・その他		男性・女性
実施目的：						
回数	日時	部位	場所	当日の様子	結果	その他
1		背中 手 足				
2		背中 手 足				
3		背中 手 足				
4		背中 手 足				
5		背中 手 足				
6		背中 手 足				
7		背中 手 足				
8		背中 手 足				
9		背中 手 足				
10		背中 手 足				
途中経過：						

タクティールケア記録

(提出用)

名前						
回数	日時	部位	場所	当日の様子	結果	その他
11		背 中 手 足				
12		背 中 手 足				
13		背 中 手 足				
14		背 中 手 足				
15		背 中 手 足				
16		背 中 手 足				
17		背 中 手 足				
18		背 中 手 足				
19		背 中 手 足				
20		背 中 手 足				
まとめ:						