

간병일지

1. 간병인 사용 관련

환자 성명	임라온	환자 연락처	010-9086-6478
병원명	순천향대학교 부속 부천병원		
간병인 최초 등록일자	2025년 12월 24일		
간병서비스 지불 비용	총 176,000원 / 총 간병 29시간		
간병비용 지불자 / 지불 방법	임라온 / 계좌이체		

2. 간병일지 (일자별 간병시간, 간병내용, 간병비용 기재 바랍니다.)

간병일	간병시간	총 시간(日)	간병내용	일간병비용
25.12.30	0시 ~ 18시	18시간	병실 내 취침하였습니다., 구강청결을 지원하였습니다., 환자의 심부름을 수행하였습니다., 식기를 반납하였습니다., 식사를구매해서 가져다주었다., 식기를 반납하였습니다., 식사를 보조하였습니다., 환자의 심부름을 수행하였습니다., 퇴원 절차를 지원하였습니다., 환자의 약을 수령하였습니다., 퇴원 절차를 지원하였습니다., 병실 내 취침하였습니다.	88,000원
25.12.29	13시 ~ 24시	11시간	입원절차를 지원하였습니다., 환자의 심부름을 수행하였습니다., 입원절차를 지원하였습니다., 병실 내 취침하였습니다., 같이 이야기도 하였습니다, 산책을 보조하였습니다., 간식을 구매하여 제공하였습니다., 산책을 보조하였습니다., 환자의 심부름을 수행하였습니다., 식기를 반납하였습니다., 수건을 세탁 후 교환하였습니다., 간식을 구매하여 제공하였습니다., 산책을 보조하였습니다., 환자의 약을 수령하였습니다., 병실 내 취침하였습니다., 병실 내 취침하였습니다., 수건을 세탁 후 교환하였습니다.	88,000원

상기 작성된 사항은 사실임을 확인합니다.

작성일자 : 2025년 12월 30일

작성자 : 최윤진

