

간병인 간병일지

1. 환자 인적사항 및 간병장소

성명	조 인기	생년월일	42. 10. 6	병원명	서울정형 외과
----	------	------	-----------	-----	---------

2. 간병인

성명	이기화	생년월일	45. 8. 30	연락처	010 3230 0693
----	-----	------	-----------	-----	---------------

3. 간병인 소속 간병회사

업체명	주식회사 도원	연락처	1551-1451
-----	---------	-----	-----------



4. 간병활동

간병일자	간병시간	주요 간병활동
^{26년} 1월 3일	10시간	식사보조(✓) / 활동보조(✓) / 배변보조(✓) / 위생보조(✓) / 기타(✓)
1월 4일	10시간	식사보조(✓) / 활동보조(✓) / 배변보조(✓) / 위생보조(✓) / 기타(✓)
1월 5일	10시간	식사보조(✓) / 활동보조(✓) / 배변보조(✓) / 위생보조(✓) / 기타(✓)
1월 6일	10시간	식사보조(✓) / 활동보조(✓) / 배변보조(✓) / 위생보조(✓) / 기타(✓)
1월 7일	10시간	식사보조(✓) / 활동보조(✓) / 배변보조(✓) / 위생보조(✓) / 기타(✓)
1월 8일	10시간	식사보조(✓) / 활동보조(✓) / 배변보조(✓) / 위생보조(✓) / 기타(✓)
1월 9일	10시간	식사보조(✓) / 활동보조(✓) / 배변보조(✓) / 위생보조(✓) / 기타(✓)
1월 10일	10시간	식사보조(✓) / 활동보조(✓) / 배변보조(✓) / 위생보조(✓) / 기타(✓)
1월 11일	10시간	식사보조(✓) / 활동보조(✓) / 배변보조(✓) / 위생보조(✓) / 기타(✓)
1월 12일	10시간	식사보조(✓) / 활동보조(✓) / 배변보조(✓) / 위생보조(✓) / 기타(✓)

환자 조 인기 는 간병인 이기화 (으)로 부터 위와 같은 내용의 서비스를 제공받았음을 확인합니다.

환자 또는 보호자 조 인기 (인)

* 간병인은 1일(00:00 ~ 24:00) 최소 8시간 환자를 간병해 주시기 바랍니다.

간병인 간병일지

1. 환자 인적사항 및 간병장소

성명	조인기	생년월일	42. 10. 6	병원명	서울정형외과
----	-----	------	-----------	-----	--------

2. 간병인

성명	이기화	생년월일	45. 8. 30	연락처	010 3230 0693
----	-----	------	-----------	-----	---------------

3. 간병인 소속 간병회사

업체명	주식회사 도원	연락처	1551-1451
-----	---------	-----	-----------



4. 간병활동

간병일자	간병시간	주요 간병활동
1월 13일	10 시간	식사보조() / 활동보조() / 배변보조() / 위생보조() / 기타()
1월 14일	10 시간	식사보조() / 활동보조() / 배변보조() / 위생보조() / 기타()
1월 15일	10 시간	식사보조() / 활동보조() / 배변보조() / 위생보조() / 기타()
월 일	시간	식사보조() / 활동보조() / 배변보조() / 위생보조() / 기타()
월 일	시간	식사보조() / 활동보조() / 배변보조() / 위생보조() / 기타()
월 일	시간	식사보조() / 활동보조() / 배변보조() / 위생보조() / 기타()
월 일	시간	식사보조() / 활동보조() / 배변보조() / 위생보조() / 기타()
월 일	시간	식사보조() / 활동보조() / 배변보조() / 위생보조() / 기타()
월 일	시간	식사보조() / 활동보조() / 배변보조() / 위생보조() / 기타()
월 일	시간	식사보조() / 활동보조() / 배변보조() / 위생보조() / 기타()

환자 조인기 는 간병인 이기화 (으)로 부터 위와 같은 내용의 서비스를 제공받았음을 확인합니다.

환자 또는 보호자 조인기 인

* 간병인은 1일(00:00 ~ 24:00) 최소 8시간 환자를 간병해 주시기 바랍니다.