

간병인 간병일지

1. 환자(피보험자)

성명	최혜림	연락처	010-5788-7759	생년월일	170624
----	-----	-----	---------------	------	--------

2. 간병인

성명	홍민주	연락처	010-5788-7759	생년월일	890323
----	-----	-----	---------------	------	--------

3. 간병인의 세부업무 및 활동내용

간병일자	간병시간	주요 간병활동
1월 9일	8 시간	식사보조(0) / 활동보조(0) / 배변보조() / 위생보조(0) / 기타()
1월 10일	24 시간	식사보조(0) / 활동보조(0) / 배변보조() / 위생보조(0) / 기타()
1월 11일	8 시간	식사보조(0) / 활동보조(0) / 배변보조() / 위생보조(0) / 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 최혜림 는 간병인 홍민주 로 부터 위와 같은 내용을 확인하고 서비스를 제공받았음을 확인합니다.

환자 또는 보호자 홍민주 최혜림

