

간병인/간병업체 작성용

간병 일지

간병인명	김주연	성별	(남 / 여)	생년월일	41. 09. 01
사업자번호	169-88-03279	업종구분			
간병인 성명	김현숙	환자와의 관계	자녀		
간병인 연락처	010 9011 0964	소속 간병업체	케어렌더		

* 소속업체 양식이 있는 경우, 해당 업체의 양식으로 대체 가능



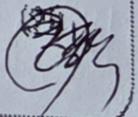
간병일자	간병시간	간병 업무
예시: 12/31	6 시간	식사보조 <input type="checkbox"/> / 활동보조 <input type="checkbox"/> / 배변보조 <input type="checkbox"/> / 위생보조 <input type="checkbox"/> / 기타 <input type="checkbox"/>
25. 11. 3	9 시간	식사보조 <input checked="" type="checkbox"/> / 활동보조 <input checked="" type="checkbox"/> / 배변보조 <input checked="" type="checkbox"/> / 위생보조 <input checked="" type="checkbox"/> / 기타 <input type="checkbox"/>
25. 11. 4	8 시간	식사보조 <input checked="" type="checkbox"/> / 활동보조 <input checked="" type="checkbox"/> / 배변보조 <input checked="" type="checkbox"/> / 위생보조 <input checked="" type="checkbox"/> / 기타 <input type="checkbox"/>
11. 5	8 시간	식사보조 <input checked="" type="checkbox"/> / 활동보조 <input checked="" type="checkbox"/> / 배변보조 <input type="checkbox"/> / 위생보조 <input checked="" type="checkbox"/> / 기타 <input type="checkbox"/>
11. 6	9 시간	식사보조 <input checked="" type="checkbox"/> / 활동보조 <input checked="" type="checkbox"/> / 배변보조 <input checked="" type="checkbox"/> / 위생보조 <input checked="" type="checkbox"/> / 기타 <input type="checkbox"/>
11. 7	8 시간	식사보조 <input checked="" type="checkbox"/> / 활동보조 <input checked="" type="checkbox"/> / 배변보조 <input checked="" type="checkbox"/> / 위생보조 <input checked="" type="checkbox"/> / 기타 <input type="checkbox"/>
	___ 시간	식사보조 <input type="checkbox"/> / 활동보조 <input type="checkbox"/> / 배변보조 <input type="checkbox"/> / 위생보조 <input type="checkbox"/> / 기타 <input type="checkbox"/>
	___ 시간	식사보조 <input type="checkbox"/> / 활동보조 <input type="checkbox"/> / 배변보조 <input type="checkbox"/> / 위생보조 <input type="checkbox"/> / 기타 <input type="checkbox"/>
	___ 시간	식사보조 <input type="checkbox"/> / 활동보조 <input type="checkbox"/> / 배변보조 <input type="checkbox"/> / 위생보조 <input type="checkbox"/> / 기타 <input type="checkbox"/>
	___ 시간	식사보조 <input type="checkbox"/> / 활동보조 <input type="checkbox"/> / 배변보조 <input type="checkbox"/> / 위생보조 <input type="checkbox"/> / 기타 <input type="checkbox"/>

* 기재할 칸이 모자라는 경우, 해당 양식 추가 사용 가능

작성 일시: 2025년 11월 10일

작성자:

김현숙



당신에게 좋은보험

간병인/간병업체 작성용

간병 일지

원자명	김현숙	성별	(남/여) <input checked="" type="checkbox"/> 여	생년월일	41.09.01
사업자번호	169-88-03279	입종구분			
간병인 성명	김현숙	환자와의 관계	자녀		
간병인 연락처	010. 9011 0964	소속 간병업체	구기어케어		



※ 소속업체 양식이 있는 경우, 해당 업체의 양식으로 대체 가능

간병일자	간병시간	간병 업무
예시: 12/31	6 시간	식사보조 <input type="checkbox"/> / 활동보조 <input type="checkbox"/> / 배변보조 <input type="checkbox"/> / 위생보조 <input type="checkbox"/> / 기타 <input type="checkbox"/>
25. 10. 24	8 시간	식사보조 <input checked="" type="checkbox"/> / 활동보조 <input checked="" type="checkbox"/> / 배변보조 <input type="checkbox"/> / 위생보조 <input checked="" type="checkbox"/> / 기타 <input type="checkbox"/>
10. 25	9 시간	식사보조 <input checked="" type="checkbox"/> / 활동보조 <input checked="" type="checkbox"/> / 배변보조 <input checked="" type="checkbox"/> / 위생보조 <input checked="" type="checkbox"/> / 기타 <input type="checkbox"/>
10. 26	9 시간	식사보조 <input checked="" type="checkbox"/> / 활동보조 <input checked="" type="checkbox"/> / 배변보조 <input checked="" type="checkbox"/> / 위생보조 <input checked="" type="checkbox"/> / 기타 <input type="checkbox"/>
10. 27	8 시간	식사보조 <input checked="" type="checkbox"/> / 활동보조 <input checked="" type="checkbox"/> / 배변보조 <input checked="" type="checkbox"/> / 위생보조 <input checked="" type="checkbox"/> / 기타 <input type="checkbox"/>
10. 28	8 시간	식사보조 <input checked="" type="checkbox"/> / 활동보조 <input checked="" type="checkbox"/> / 배변보조 <input checked="" type="checkbox"/> / 위생보조 <input checked="" type="checkbox"/> / 기타 <input type="checkbox"/>
10. 29	9 시간	식사보조 <input checked="" type="checkbox"/> / 활동보조 <input checked="" type="checkbox"/> / 배변보조 <input checked="" type="checkbox"/> / 위생보조 <input checked="" type="checkbox"/> / 기타 <input type="checkbox"/>
10. 30	9 시간	식사보조 <input checked="" type="checkbox"/> / 활동보조 <input checked="" type="checkbox"/> / 배변보조 <input checked="" type="checkbox"/> / 위생보조 <input checked="" type="checkbox"/> / 기타 <input type="checkbox"/>
10. 31	9 시간	식사보조 <input checked="" type="checkbox"/> / 활동보조 <input checked="" type="checkbox"/> / 배변보조 <input checked="" type="checkbox"/> / 위생보조 <input checked="" type="checkbox"/> / 기타 <input type="checkbox"/>
11. 1	8 시간	식사보조 <input checked="" type="checkbox"/> / 활동보조 <input checked="" type="checkbox"/> / 배변보조 <input checked="" type="checkbox"/> / 위생보조 <input checked="" type="checkbox"/> / 기타 <input type="checkbox"/>
11. 2	8 시간	식사보조 <input checked="" type="checkbox"/> / 활동보조 <input checked="" type="checkbox"/> / 배변보조 <input type="checkbox"/> / 위생보조 <input checked="" type="checkbox"/> / 기타 <input type="checkbox"/>

※ 기재할 칸이 모자라는 경우, 해당 양식 추가 사용 가능

작성 일시: 25년 11월 10일

작성자:

김현숙

당신에게 좋은 보람

고객 작성용

간병사실확인서

1. 고객(환자) 인적사항

고객(환자)명	김구연	성별	(남 1여)
연락처	010 3496 8641	생년월일	41.09.01
사고일시	2025. 10. 24	진단명	T63P T693

2. 간병인 사용 내역

간병인 성명	김현숙	연락처(간병인)	010 9021 0964	
간병업체명		연락처(간병업체)	1551-1451	
사건자번호	169-88-03279	업종구분		
간병인과의 관계	자녀	최초 입원 시작일	25. 10. 24	
간병장소(병원명)	성전포 시외병원	입원호실		
간병인 사용기간	예시: 25년 1월 1일 - 25년 1월 5일	1	4	일
	1) 25. 10. 24 ~ 25. 11. 7	1	15	일
	2)	1		일
	3)	1		일
	4)	1		일
	5)	1		일
	6)	1		일
간병비 총액	예사: 1일 8만원 x 3일 = 총 24만원			

3. 상기 작성된 사항은 사실임을 확인합니다.

작성 일시: 2025년 11월 10일

작성자:

김현숙 

당신에게 좋은보험