



# 간병일지

## 1. 환자(피보험자)

|       |  |      |  |      |       |
|-------|--|------|--|------|-------|
| 환자 성명 |  | 생년월일 |  | 성 별  | 남 / 여 |
| 의료기관  |  |      |  | 병실호수 |       |

## 2. 간병인

|        |  |      |       |
|--------|--|------|-------|
| 간병인 성명 |  | 생년월일 |       |
| 연 락 처  |  | 성 별  | 남 / 여 |

## 3. 간병 내용

(예시: 식사보조, 활동보조, 자세보조, 위생수발, 통증 및 붓기 관리, 약복용챙기기, 착 탈의보조 등등)

| 간병 일자<br>월/일 | 간병 시간<br>시작~종료 | 주요 간병 내용 |
|--------------|----------------|----------|
| (총 / 시간)     | ~              |          |
| (총 / 시간)     | ~              |          |
| (총 / 시간)     | ~              |          |
| (총 / 시간)     | ~              |          |
| (총 / 시간)     | ~              |          |
| (총 / 시간)     | ~              |          |
| (총 / 시간)     | ~              |          |
| (총 / 시간)     | ~              |          |
| (총 / 시간)     | ~              |          |
| (총 / 시간)     | ~              |          |

간병인 \_\_\_\_\_ 은 환자 \_\_\_\_\_ 을 위와 같은 내용으로 간병하였습니다.

작성일자:            년    월    일

환자 또는 보호자: \_\_\_\_\_ 서명