간병 근무 일지

1. 환자

환자 성명		생년월일	
총 간병일수		병원명(간병장소)	

2. 간병인

간병인 성명		생년월일	
간병인 연락처		소속업체	스카이간병협회

3. 간병인 활동 내역

순번	간병날짜	근무시간	간병 활동 내용 V 체크
1		시간	위생관리□, 배변관리□, 식사보조□, 활동보조□, 환경관리□, 기타( )
2		시간	위생관리□, 배변관리□, 식사보조□, 활동보조□, 환경관리□, 기타( )
3		시간	위생관리□, 배변관리□, 식사보조□, 활동보조□, 환경관리□, 기타( )
4		시간	위생관리□, 배변관리□, 식사보조□, 활동보조□, 환경관리□, 기타( )
5		시간	위생관리□, 배변관리□, 식사보조□, 활동보조□, 환경관리□, 기타( )
6		시간	위생관리□, 배변관리□, 식사보조□, 활동보조□, 환경관리□, 기타( )
7		시간	위생관리□, 배변관리□, 식사보조□, 활동보조□, 환경관리□, 기타( )
8		시간	위생관리□, 배변관리□, 식사보조□, 활동보조□, 환경관리□, 기타( )
9		시간	위생관리□, 배변관리□, 식사보조□, 활동보조□, 환경관리□, 기타( )
10		시간	위생관리□, 배변관리□, 식사보조□, 활동보조□, 환경관리□, 기타( )
11		시간	위생관리□, 배변관리□, 식사보조□, 활동보조□, 환경관리□, 기타( )
12		시간	위생관리□, 배변관리□, 식사보조□, 활동보조□, 환경관리□, 기타( )
13		시간	위생관리□, 배변관리□, 식사보조□, 활동보조□, 환경관리□, 기타( )
14		시간	위생관리□, 배변관리□, 식사보조□, 활동보조□, 환경관리□, 기타( )
15		시간	위생관리□, 배변관리□, 식사보조□, 활동보조□, 환경관리□, 기타( )

입원/퇴원 당일은 간병 근무시간이 24시간이 될 수 없습니다. 실제 간병하신 시간으로 작성해 주시기 바랍니다.

※ 본인은 작성한 간병 근무 일지의 모든 내용이 사실임을 확인하였으며, 허위 기재가 없음을 서명으로 증명합니다.

작성일자(간병 종료 일자) : 202 년 월 일

간 병 인 : (서명)

스 카 이 간 병 협 회

대표이사 백 혜 정