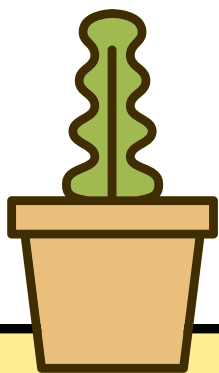
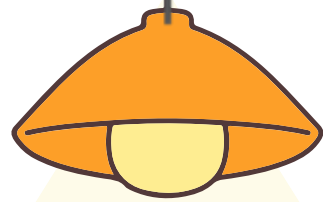


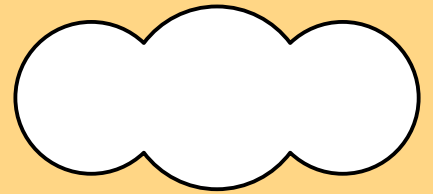
충청남도 통합돌봄서비스 제공기관 서식자료집



충청남도



충남사회서비스원
Chungnam Public Agency for Social Service



1. 서비스 제공기관 서식 활용안내

제작목적:

본 서식 자료집은 충청남도 통합돌봄 서비스 제공기관이 서비스를 제공하는 과정에서 기록 양식의 표준화 및 업무 효율성 제고를 지원하기 위하여 제작되었습니다.

서비스 제공 과정에서 필요한 서식을 안내하여 기관 간 기록 방식의 편차를 최소화하고, 현장의 행정 부담을 경감함으로써 체계적이고 일관된 통합돌봄 서비스 제공이 이루어질 수 있도록 지원하고자 합니다.

또한 이를 통해 충청남도 도민이 서비스 제공기관의 차이에 관계없이 균질하고 질 높은 통합돌봄 서비스를 제공받을 수 있도록 하는 데 목적이 있습니다.

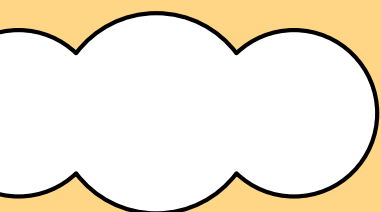
내용구성:

본 자료집은 통합돌봄 서비스 유형별 제공 과정에서 활용 가능한 기록 서식으로 구성되어 있습니다.

참고사항:

본 서식 자료집은 통합돌봄 사업에 참여하여 서비스를 제공하는 모든 제공기관에서 활용할 수 있는 참고 자료입니다.

다만 필수 사용 서식은 아니며, 관할 지방자치단체의 운영 기준 및 사업 여건에 따라 일부 내용을 수정·보완하여 활용할 수 있습니다. 가능한 범위 내에서 본 자료집의 서식을 준용하여 활용해 주시기 바랍니다.



목 차

서비스별 포함, 미포함 업무	5
이용자 및 제공인력 서비스 중단 기준	8

공통서식

서식1 - 서비스 이용 계약서_예시	11
서식2 - 서비스 개인정보 수집 및 이용 동의서.....	14
서식3 - 모니터링-서비스제공기관 기록지(서비스제공기관→지자체)	15

일상생활지원

서식4 - 방문서비스 제공기록지	17
서식5 - 방문목욕 제공기록지	19

식사지원

서식6 - 식사지원 사전 상담지	21
서식7 - 식사지원 서비스제공 체크리스트	22
서식8 - 식사지원 일지	23
서식9 - 노인영양상태 자가 평가 도구	24

방문의료

서식10 - 방문간호 재택의료센터 포괄평가 및 케어플랜 기록지	26
서식11 - 재택의료센터 방문점검 기록지_의사	29
서식12 - 재택의료센터 방문점검 기록지_간호사	30
서식13 - 재택의료센터 방문점검 기록지_사회복지사	31

이동지원

서식14 - 이동지원서비스 신청서	33
서식15 - 이동지원서비스 서비스 제공기록지	34
서식16 - 이동지원서비스 서비스 비용 명세 및 청구서	35

건강지원

서식17 - 구강교육 사전사후 평가지	37
서식18 - 구강교육 사전사후 평가지	38
서식19 - 맞춤형운동 서비스 제공 기록지	39

주거지원

서식20 - 주거환경 개선사업 제공 체크리스트	41
---------------------------------	----

서비스별 포함, 미포함 업무(지자체별 수정가능)

적정한 돌봄업무 범위 안내

돌봄 제공자는 정해진 업무 외 활동을 할 수 없습니다.

서비스 명	서비스 내용	서비스 불포함
일상 생활 지원	① (일시재가) - 식사 준비, 세탁, 청소, 정리정돈 등 - 식사 도움, 세면 도움, 구강관리, 옷 갈아 입히기, 이동 도움 등 - 근거리 외출 동행 (산책,장보기, 관공서, 병원진료 등) - 말벗, 생활상담, 의사소통 지원등 정서지원 ② (방문목욕) - 목욕 차량 또는 가정 내 욕조등을 이용 하는 목욕서비스	① 이용자 주 생활 공간 이외 청소 - 다른 가족 방·화장실, 공용공간(현관, 서재, 드레스룸, 베란다, 창고, 유리창, 마당 등),수납공간(장롱,서랍, 찬장, 신발장 등 - 의료 행위,구매 대행(물건 또는반찬구매, 현금 입출금등), 근무시간 외 사적연락 등 ② 이용자 의류 이외 세탁 - 다른 가족 빨래, 고가의류, 대형 빨래 (침구, 커튼, 신발류, 가방류, 부피 큰 계절 옷, ③ 이용자 이외 가족·친지 식사 준비, 자택 외 다른 장소에서의 식사 준비, 잔치 음식 또는 저장식품 (김장·장류 등) 조리, 차 접대 수준을넘는 손님 접대 ④ 기타 - 부피가 크거나 무거운 가구 또는 물건 옮기기 - 다른 성인 가족 및 애완동물 돌보기 - 운전 대행 - 손빨래 강요
식사 지원	① (맞춤형 영양설계) - 대상자의 건강과 영양상태 기반영양 설계·식이요법 방법 안내 ② (영양음식 조리·배달) - 맞춤형 영양설계를 바탕으로일반식, 반찬, 죽식, 유동식 등음식 조리 및 배달 * 대면 배달 원칙	① 이용자 이외 가족·친지 식사 ② 일반 식사 이외 다과 또는 음식 ③ 기타 - 서비스 목적에 맞지 않는 반찬 및 식사 - 집이 아닌 타 배송장소 임의 선정예) 경로당, 지인 집
동행 지원	① (병원동행) - 집↔병원 왕복 이동, 병원 내진료 지원 (접수·진료·검사·수납,처방약 구매 등) ② (외출동행) - 관공서 왕복 이동, 관공서 업무지원(서류 작성·의사소통 등)	① 교통비 * 교통비는 이용자 본인 부담 ② 은행 업무 동행·대행 ③ 기타 - 취미생활 동행 (노래교실, 경로당, 쇼핑,미용실, 야유회 등) - 이용자 이외 가족·친지 동행 - 운전 대행 - 제공자 개인 차량 요구 - 타 지역 이동 동행 (화순 전남대병원은 가능) - 이용자 또는 가족·친지 심부름

서비스 명	서비스 내용	서비스 불포함
건강 지원	① (방문간호) - 간호사가 의사 지시에 따라이용자 가정을 방문하여 간호,진료의 보조, 건강상담, 건강관리 교육 ② (방문구강교육) - 치과의사나 치과위생사가이용자 가정을 방문하여 구강상태 점검 및 구강 건강 관리 교육 ③ (방문맞춤운동) - 가정방문 상담, 통증 감소 지원,운동계획 수립 및 지도	① 이용자 외 가족의 진료 ② 기타 - 서비스 계획 외 진료- 과도한 약물 처방 - 안마, 마사지
안전 지원	① (AI 안부확인) - AI 보이스봇 통화, 안부 및 안전여부 확인, 건강상태,돌봄필요도 등 체크 ② (ICT 활용 안전체크) - 움직임센서 등 ICT 기기를활용하여 장시간 미활동 감지등 이상징후 확인 ③ (안전 생활환경) - 낙상 예방을 위한 미끄럼방지장치(안전 손잡이 등),문턱경사로, 가스타이어 설치 등 안전한 주거환경 조성	① 이용자 이외 가족·친지에 대한 안부 확인 ② AI 및 ICT 기기의 이동 점검 ③ 안전과 관계 없는 집수리
주거 편의	① (대청소) - 쾌적하고 청결한 주거환경을위한 대청소 및 일반쓰레기처리, 정리 수납 등 ② (방역·방충) - 바이러스 감염 예방을 위한방역 및 소독, 살충제 투약 및도포 등 해충 방제	① 이용자 거주지 이외의 장소 청소 ② 대형폐기물 수거, 대형폐기물 처리 ③ 이용자 거주지 이외의 장소 방역·방충

이용자 및 제공인력 서비스 중단 기준(지자체별 수정가능)

서비스 중단에 이르는 사례가 발생하지 않도록
<인식개선 활동>에 주안점을 두어 사전 안내 철저
 (사전안내) (동) 돌봄필요도 평가 시 / (제공기관) 서비스 개시 시 등 2회

중단처리 원칙

- **(이력관리)** ①일상생활지원, ②식사지원, ③동행지원, ④건강지원 **통합 관리**
 (예) No-Show 일시재가에서 1회, 동행지원에서 2회 → 3회 발생으로 중단
- **(서비스 중단)** ①일상생활지원, ②식사지원, ③동행지원, ④건강지원 **서비스 전면 중단**
 * 안전지원, 주거편의, 일시보호는 지원 가능
- **사안이 심각할 경우**
 (구) 경고 단계를 거치지 않고 서비스 '즉시 중단' 가능
 (제공기관) 민·형사상 소송 제기 등 법적 조치 검토
- **필요시 안부확인 지속**
 (동) · 필요시 위기가구발굴단, 복지일촌 등 기존 돌봄제도를 활용하여 **안부 확인** 연계
 · 위 사유로 서비스가 중단되더라도 위기상황에 처해 긴급히 돌봄이 필요하다고 판단될경우 조기에 서비스를 재개할 수 있음 (반드시 돌봄필요도 재평가 실시)
- **별도 엑셀 서식에 따라 명단 관리**

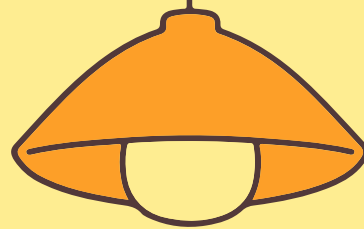
제공인력 업무 배제기준

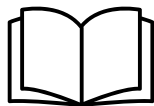
구 분	중단사유	중단시점	중단절차
제공 인력	1. 이용자의 신체에 폭행 을 가하거나 상해 를 입히는 행위 2. 이용자에게 성적 수치심을 주는 성폭행·성희롱 등의 행위 3. 폭언, 협박, 위협 등으로 이용자의정신건강에 해를 끼치는 정서적학대행위	중단사유 발생 사실을 인지한 즉시 (One-Out)	* (구) 민원 접수 / 지도점검 등을통해 사건 인지 → (공문) 해당 제공기관에서사실확인 및 업무배제 조치,조치결과 회신 요구 * 제공기관이 적극적인 조치를회피할 경우 서비스 의뢰중단, 제공기관 지정(계약)해지 검토
	1. 서비스를 제공하지 아니하고 서비스제공 비용을 청구하는 행위 2. 거짓 등 부정한 방법이나 고의로 실제 제공한 서비스의 대가 이상으로 서비스제공비용을 청구하는 행위 3. 업무 수행 중 알게 된 이용자의 개인정보를 누설 하는 행위		* (제공기관) 민원 접수 / 구청으로부터사실확인 요구 공 문 접수 → 사실확인및업무배제 조치,사안이심각할 경우 관련법령에따른 민형사상 법적조치 → 조치결과 구청으로 회신

* 사안이 심각할 경우 업무 배제 외 별도의 민·형사상 법적 조치 검토

구 분	중단사유	중단시점	중단기간	중단절차
이용자	성희롱 · 성추행	1차 발생경고	중단사유가 발생한 날로부터 2주	* (제공인력) 제공기관에 보고 * (제공기관) 구에 즉시 보고 → 책임자가 이용자와상담 (재발 시 서비스 중단 안내) / 제공인력 교체, 발생일로부터 2주 후파견 * (구) 사실관계 파악 → 이용자 또는 보호자에게안내 (재발 시 서비스 중단) / 명단 관리
		2차 발생중단 (Two-Out)	중단사유가 발생한 날로부터 1년	* (제공인력) 제공기관에 보고 * (제공기관) 구에 즉시 보고 → 책임자가 이용자와상담 (서비스 중단 안내) * (구) 사실관계 파악 → 서비스 중단 여부 결정 → 이용자 또는 보호자에게 서비스 중단통보, 명단 관리
	폭언 · 폭행	1차 발생경고	중단사유가 발생한 날로부터 2주	* (제공인력) 제공기관에 보고 * (제공기관) 구에 즉시 보고 → 책임자가 이용자와상담 (재발 시 서비스 중단 안내) / 제공인력 교체, 발생일로부터 2주 후파견 * (구) 사실관계 파악 → 이용자 또는 보호자에게안내 (재발 시 서비스 중단) / 명단 관리
		2차 발생중단 (Two-Out)	중단사유가 발생한 날로부터 1년	* (제공인력) 제공기관에 보고 * (제공기관) 구에 즉시 보고 → 책임자가 이용자와상담 (서비스 중단 안내) * (구) 사실관계 파악 → 서비스 중단 여부 결정 → 이용자 또는 보호자에게 서비스 중단통보, 명단 관리
	예약부도 (No-Show)	1차 발생경고	--	* No-Show 처리절차에 따름 : 약속된 시간으로부터 20분 이 지나도 만나지못했을 때 No-Show 처리 : 제공인력 ↔ 제공기관 ↔ 구 상호연락을 통해확인 * (구) 이용자 또는 보호자에게 안내(재발 시서비스 중단)
		2차 발생경고	--	* No-Show 처리절차에 따름 * (구) 이용자 또는 보호자에게 안내(재발 시서비스 중단)
		3차 발생중단 (Three-Out)	중단사유가 발생한 날로부터 3개월	* No-Show 처리절차에 따름 * (구) 이용자 또는 보호자에게 서비스 중단 통보,명단 관리

구 분	중단사유	중단시점	중단기간	중단절차
이용자	업무범위 외 업무를 지속적으로 요구	1차 발생경고	--	* (제공인력) 제공기관에 보고 * (제공기관) 구에 즉시 보고 → 책임자가 이용자와상담 (재발 시 서비스 중단 안내) / 필요시 제공인력 교체 * (구) 사실관계 파악 → 이용자 또는 보호자에게안내 (재발 시 서비스 중단) / 명단 관리
		2차 발생경고	--	* (제공인력) 제공기관에 보고 * (제공기관) 구에 즉시 보고 → 책임자가 이용자와상담 (재발 시 서비스 중단 안내) / 필요시 제공인력 교체 * (구) 사실관계 파악 → 이용자 또는 보호자에게안내 (재발 시 서비스 중단) / 명단 관리
		3차 발생중단 (Three-Out)	중단사유가 발생한 날로부터 1개월	* (제공인력) 제공기관에 보고 * (제공기관) 구에 즉시 보고 → 책임자가 이용자와상담 (재발 시 서비스 중단 안내) * (구) 사실관계 파악 → 서비스 중단 여부 결정 → 이용자 또는 보호자에게 서비스 중단통보, 명단 관리





공동서식



0000서비스 이용 계약서

0000000와 서비스 이용자의 0000서비스를 위하여 다음과 같이 계약을 체결한다.

*** 서비스이용자**

성 명 : (인)
생년월일 : 년 월 일
주 소 :
연 락 처 :

*** 대 리 인(관계 :)**

성 명 : (인)
주 소 :
연 락 처 :

*** 서비스제공기관**

시 설 명 : (대 표 자 : 0 0 0 (인))
주 소 :
연 락 처 :

제1조(목적)

본 계약은 「의료·요양 등 지역돌봄의 통합지원에 관한 법률」 및 보건복지부 통합돌봄 사업 안내 지침에 따라 이용자에게 필요한 00000서비스를 제공하고, 서비스 제공과 관련된 권리·의무 사항을 규정함을 목적으로 한다.

제2조(서비스 내용)

센터는 다음과 같은 서비스를 제공한다.

구분	내용
서비스유형	예) 일상생활지원 또는 식사지원
제공 내용	예) 방문목욕
제공 횟수	주 ____회/ 월____회
제공 시간	1회____시간
제공 기간	____년__월__일 ~ ____년__월__일
제공 장소	

제3조(서비스 이용료 및 비용부담)

1. 본 서비스는 다음과 같이 비용이 발생 할 수 있다.

- 본인부담금 :
- 지원내용 : ☐ 전액 지원 ☐ 일부지원
- 기타비용 :

2. 비용 납부 방법 및 기한

- 납부방법 :
- 납부기한 :

제4조(서비스 제공 및 변경)

1. 제공기관은 이용자의 상태 및 욕구에 따라 서비스를 제공한다.
2. 서비스 내용 변경이 필요한 경우, 이용자 또는 보호자와 사전 협의 후 변경한다.
3. 긴급상황 발생 시 제공기관은 필요한 조치를 우선 실시 할 수 있다.

제5조(이용자의 권리 및 의무)

이용자는 다음의 권리를 가진다.

1. 적절하고 안전한 서비스를 제공받을 권리
2. 서비스 내용에 대한 설명을 받을 권리
3. 서비스 제공 과정에서 존중받을 권리
4. 개인정보보호를 받을 권리
5. 서비스 중단 또는 변경을 요청할 권리

이용자는 다음의 의무를 가진다.

1. 서비스 제공에 필요한 정확한 정보를 제공하여야한다.
2. 서비스 이용과 관련된 비용을 성실히 납부하여야 한다.
3. 제공인력에 대한 폭언·폭행 등 부적절한 행위를 해서는 아니 된다.

제6조(제공기관의 의무)

1. 이용자 상태에 맞는 서비스를 성실히 제공한다.
2. 서비스 제공 내용을 기록·관리한다.
3. 이용자의 개인정보를 관련 법령에 따라 보호한다.
4. 서비스 제공 인력의 안전과 전문성을 확보한다.

제7조(개인정보 보호)

제공기관은 「개인정보 보호법」 및 관련 법령에 따라 이용자의 개인정보를 수집·이용하며, 서비스 제공 목적 외로 사용하지 않는다.

제8조(계약기간 및 해지)

본 계약의 기간은 계약 체결일로부터 해당 이용자의 통합돌봄 서비스 종결 시까지로 한다.

다만, 각 호의 사유 발생시 계약은 종료 된 것으로 본다.

1. 통합돌봄 서비스 종결 결정(지자체 또는 수행기관 판단 포함)
2. 이용자의 서비스 이용 중단 또는 해지 요청
3. 사망, 전출, 시설입소 등으로 서비스 제공이 불가능한
4. 본인부담금을 2회이상 연속적으로 미납 할 경우
5. 기타 서비스 제공이 어렵다고 센터가 판단하는 경우
6. 이용자가 계약 내용 또는 안전수칙을 반복적으로 취소하는 경우

제9조(기타사항)

본 계약에 명시되지 않을 사항은 관련 법령 및 상호 협의에 따른다.

제10조(계약체결)

본 계약의 내용을 충분히 설명 듣고 이해한 후 계약을 체결한다.

구분	서명
제공기관	(인)
이용자	(인)
대리인	(인)

※ 본 계약서는 2부를 작성하여 이용자와 제공기관이 각각 서명한 후 1부씩 보관함

계약일: 년 월 일

개인정보 수집 및 이용 동의서(신청자용)

000000에서 '0000서비스' 지원과 관련하여 「노인복지법 시행령」제26조(민감정보 및 고유식별 정보의 처리)에 따라 다음과 같이 개인정보를 수집·이용·제공하고자 합니다.

□ 개인정보 수집·이용에 관한 사항

① 개인정보의 수집·이용 목적

귀하의 개인정보는 '0000서비스' 지원 및 이용요금 부과와 관련하여 개인정보를 조회하기 위한 목적으로 수집·이용 됩니다.

② 수집·이용할 개인 정보의 항목

성명, 주소, 연락처, 주민등록번호, 건강상태 등

③ 개인정보의 보유·이용 기간

귀하의 개인정보는 수집·이용에 관한 동의 일로부터 본인에 대한 개인정보 제공·조회 동의의 효력기간인 사업 종료후 5년간 보유·이용됩니다.

④ 개인정보의 제공

귀하의 개인정보(주소, 전화번호, 건강상태)는 '시설장(또는000)'에게 제공됩니다.

⑤ 동의를 거부할 권리 및 동의를 거부할 경우의 불이익

위 개인 또는 법의 정보의 수집·이용에 대한 동의를 거부할 권리가 있으나 동의를 거부할 경우 원활한 서비스 지원을 할 수 없어 사업참여에 제한을 받을 수 있습니다.

본인은 00시(군) 0000서비스 지원을 목적으로 본인의 개인정보를 수집·이용·제공하는데 동의합니다.

(☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음)

본인은 00시(군) 이동지원서비스 지원을 목적으로 본인의 고유식별 정보를 수집·이용하는 것에 동의합니다.

(☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음)

20 년 월 일

서비스 신청자:

(서명 또는 인)

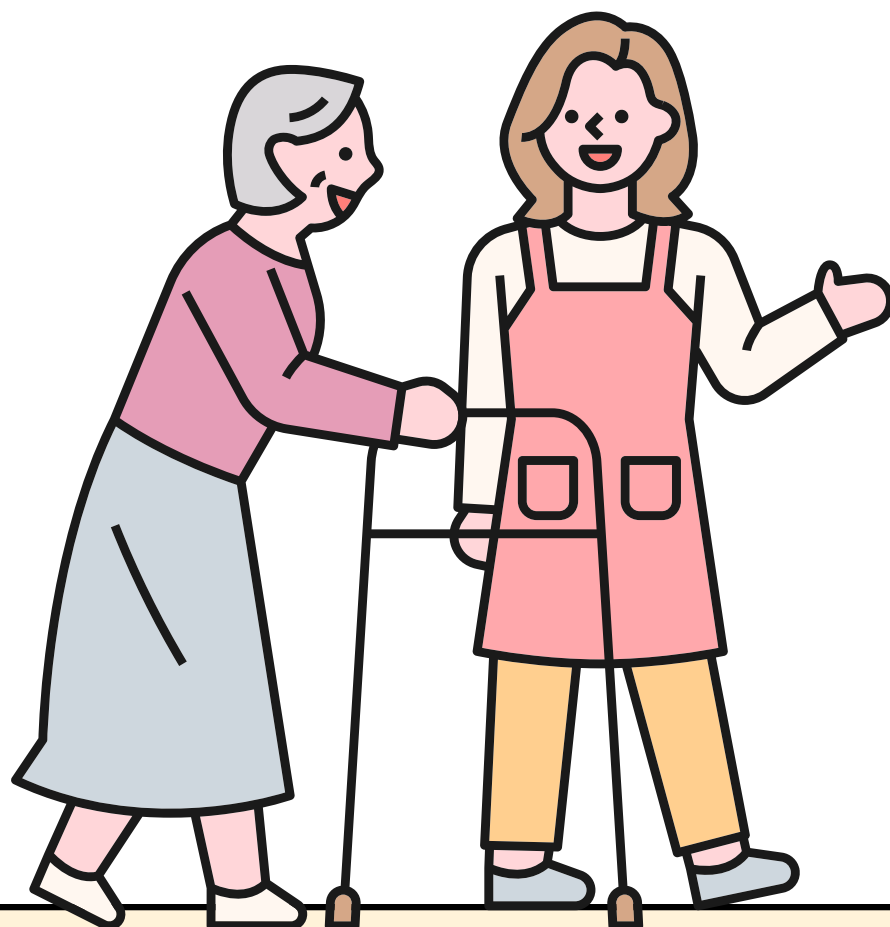
귀하

모니터링 기록지(서비스제공기관용)

■ 대상자 기본사항					
성명		생년월일		대상자 주소지	
제공기관		담당자 성명			
■ 서비스 제공 현황					
구분 (대분류)	구분 (중분류)	서비스 내용(상세)	서비스제공주기 (주/월/기타)	서비스 최초 제공일	직접 서비스 제공일 (기록지 작성 시점)
예)보건의료	예)방문진료				
■ 서비스 제공 결과					
대상자 상태변화 여부	○ 증상악화 ○ 개선 ○ 변화없음		대상자 상태변화 상세내용		
비고					



일상생활지원



<서식4 - 방문서비스 제공기록지>

(앞 쪽)

방문서비스 제공 기록지(20 년 월)

대상자 :

생년월일 :

제공자 :

제공 일자		/	/	/	/	/	/	/	/
1. 일상회복									
식사·세면도움									
체위변경									
옷갈아입히기									
신체기능유지·증진									
화장실이용도움									
외출동행									
기타()									
2. 일상가사지원									
생필품구매									
청소·세탁									
기타()									
서비스 제 공	시작시간								
	종료시간								
총 서비스 제공시간(분)									
서비스 이용자(확인)									

일 자	대상자의 특이사항 및 업무상 특이사항

* 세부서비스 종류별로 제공된 서비스 시간을 분단위로 표기하며, 서비스제공 시작시간 및 종료시간을 표기합니다.

* 대상자의 특이 사항 및 업무상 특이사항 등을 기록합니다.

구 분	세부내용	구 분	세부내용
신체수발		가사 지원	
목욕도움	입욕준비, 입욕 시 이동보조, 몸 씻기(샤워포함), 지켜보기, 옷갈아 입히기, 사용물품 정리	청소 및 주변정돈	급여대상자가 주로 거주하는 장소(방, 거실), 화장실 청소, 쓰레기 분리수거, 내부정리, 이부자리 정돈, 화장대, 책장 정리, 옷장, 서랍장 등 정리
세면도움	얼굴과 목, 손 씻기 등, 사용 물품 정리, 세면대까지의 이동 포함	세탁	급여대상자의 옷, 양말, 수건, 침구류, 걸레 등 세탁과 삶기 등
옷갈아 입히기	의복준비(양말, 신발포함), 지켜보기 및 지도, 겹옷 및 속옷 갈아입히기, 의복정리		
체위변경	체위변경, 일어나 앉기 도움	취사	식. 재료의 준비, 밥 짓기, 국. 반찬하기, 식탁청소, 설거지, 행주 삶기, 음식물 쓰레기 분리수거 등
신체기능의 유지. 증진	관절구축 예방활동, 보행, 서있기 연습 보조, 기구사용 운동보조, 보장구 장치 도움(지켜보기 포함)	개인활동 지원	
화장실 이용하기	화장실이동보조, 옷 내려 주고 올리기, 용변후 처리 지원	외출시 동행	산책, 장보기, 은행, 관공서, 병원 등 방문 시 부축 또는 동행(차량 이용 포함)하고 책임 귀가
이동도움	침대에서 휠체어로 옮겨 타기, 집안내 건기 또는 지켜보기, 보행도움, 산책	일상 업무 대행	급여대상자가 원하는 식료품 구매와 은행. 관공서 업무 대행, 병원 약타오기 등
배설도움	배뇨도움, 배변도움, 지켜 보기, 기저귀교환, 필요물품 준비 및 사용물품의 정리 (방안에서)	정서지원(우애서비스)	
		말벗, 격려 및 위로	안부확인을 위한 방문, 말벗 격려
		생활상담	생활상의 문제 등 상담 및 조언
		기타 제공 서비스	위에 열거되지 않은 서비스 내용 기재

<서식5 - 방문목욕 제공기록지>

■ 노인장기요양보험법 시행규칙 [별지 제13호서식] <개정 2025.12.12.> 준용

방문목욕 제공기록지

(앞쪽)

대상자 성명	생년 월일	☐ 퇴원 환자 ☐ 등급외자 등	서비스개시일 /
제공기관명			서비스종료일 /

2026년 월 일		총시간	분	시작시간	:	종료시간	:
차 량	차량 이용 ※ 차량번호 ()	[] 차량내 목욕		[] 가정내 목욕			
	차량 미이용	[] 가정내(이동식)욕조		[] 장기요양기관		[] 대중목욕탕	
제공 방법		[] 전신 입욕		[] 침상		[] 목욕의자	
상 태 확 인	목욕 전	[] 배뇨·배변		[] 욕창		[] 얼굴색·피부색	
	목욕 후	[] 얼굴색·피부색		[] 몸단장		[] 주변정리	
특이 사항							
서명	서비스 제공자	(서명)	대상자 또는 보호자 성명		(서명)		

2026년 월 일		총시간	분	시작시간	:	종료시간	:
차 량	차량 이용 ※ 차량번호 ()	[] 차량내 목욕		[] 가정내 목욕			
	차량 미이용	[] 가정내(이동식)욕조		[] 장기요양기관		[] 대중목욕탕	
제공 방법		[] 전신 입욕		[] 침상		[] 목욕의자	
상 태 확 인	목욕 전	[] 배뇨·배변		[] 욕창		[] 얼굴색·피부색	
	목욕 후	[] 얼굴색·피부색		[] 몸단장		[] 주변정리	
특이사항							
서명	서비스 제공자	(서명)	수급자 또는 보호자 성명		(서명)		

2026년 월 일		총시간	분	시작시간	:	종료시간	:
차 량	차량 이용 ※ 차량번호 ()	[] 차량내 목욕		[] 가정내 목욕			
	차량 미이용	[] 가정내(이동식)욕조		[] 장기요양기관		[] 대중목욕탕	
제공 방법		[] 전신 입욕		[] 침상		[] 목욕의자	
상 태 확 인	목욕 전	[] 배뇨·배변		[] 욕창		[] 얼굴색·피부색	
	목욕 후	[] 얼굴색·피부색		[] 몸단장		[] 주변정리	
특이사항							
서명	서비스 제공자	(서명)	수급자 또는 보호자 성명		(서명)		



식사지원



식사지원 이용자 사전 상담지

■ 서비스 이용자					
성명		생년월일		성별	
주소					
전화번호	(집) (핸드폰)	대리인 비상 연락처	(관계) (성명) (연락처)	대리인 비상 연락처 2	(관계) (성명) (연락처)

■ 사전 상담 및 확인 사항	
영양상태	☐ 양호(건강 및 섭식, 영양 등에 문제가 없는 상태) ☐ 불량(건강, 섭식, 영양 등에 문제가 있는 상태)
식사형태	☐ 일반식 ☐ 다짐식 ☐ 죽식 ☐ 치료식이(☐ 당뇨식 ☐ 저염식 ☐ 고단백식)
소화상태	☐ 저작곤란(음식물 씹기 힘들) ☐ 소화불량 ☐ 오심·구토 ☐ 기타()
연하상태 (음식 삼킴)	☐ 양호 ☐ 가끔 사례 걸림 ☐ 자주 사례 걸림 ☐ 연하곤란(삼키기 힘들)
구강상태	☐ 양호 ☐ 치아 약함 ☐ 틀니 ☐ 잔존치아 없음
질병	☐ 당뇨 ☐ 고혈압 ☐ 알레르기() ☐ 기타()
밥	☐ 흰밥 ☐ 잡곡밥
기타	자유롭게 작성해 주세요(예) 육류는 선호하지 않아요

■ 작성자					
기관명		상담자 성명		상담일	

식사지원 서비스 제공 체크리스트

■ 돌봄대상자 인적사항

성명		생년월일		성별	
주소					

점검사항	확인
· 이용자에게 도시락에 대한 정보 및 관리방법을 안내하고 있다.(주요 식재료 원산지 기, 냉장보관, 즉시 섭취 등 전달)	
· 식품군별 종류와 제공량을 참고하여 식단을 구성한 뒤 식단사진을 찍어 관리하고 식단표는 사전 또는 사후 작성해 보관한다.	
· 서비스 제공 전 이용자의 요구사항을 확인 후 그에 맞추어 지원한다. (저염식, 연하식, 당뇨식, 죽식, 알레르기 등 주의사항 확인)	
· 추후 사고 등을 대비하여 당일 제고, 조리한 식사는 모두 개별용기에 담아 보존식으로 보관한다	
· 식기, 도마, 칼, 행주 및 기타 주방기구는 식품첨가물인 살균제 또는 열탕의 방법으로 소독한 것을 사용한다.	
· 배달자는 출근 시 본인의 발열, 호흡기 증상(기침, 인후통 등)을 확인한다.	
· 운송 차량이나 배탈캐리어를 주기적으로 세척 및 소독한다.	
· 배달문제(날씨, 배달자 부재 등) 발생시 대처방안이 마련되어 있다.	
· 배달자는 이용자 부재시, 도시락이 장시간 방치되지 않도록 제공기관에 알린다.	
· 종합의견(특이사항)	

위의 식사지원 서비스 체크리스트에 관한 사항을 점검하였습니다.

년 월 일

이용자:

(인)

서비스제공자:

(인)

<서식8 - 식사지원 일지>

통합돌봄 식사지원 일지				결재	담 당	팀장(시설장)
일시	년	월	일			
	2026					

전체 연번	거주 읍면		이용자명	전달자명	전달자 기록사항			서비스 관리자 기록			
	읍면	연번			전달방안	비대면 전달시	이전제공 식사관련	제공시작 일자	제공종료 예정일자	제공 변경 여부	대용식 여부
					☐ 대면전달 ☐ 비대면전달	☐ 냉온여부 ☐ 전화연락	☐ 식사양호 ☐ 식사남김 ☐ 특이사항	/	/	☐ 연장제공 ☐ 기본제공	☐ 여 ☐ 부
					☐ 대면전달 ☐ 비대면전달	☐ 냉온여부 ☐ 전화연락	☐ 식사양호 ☐ 식사남김 ☐ 특이사항	/	/	☐ 연장제공 ☐ 기본제공	☐ 여 ☐ 부
					☐ 대면전달 ☐ 비대면전달	☐ 냉온여부 ☐ 전화연락	☐ 식사양호 ☐ 식사남김 ☐ 특이사항	/	/	☐ 연장제공 ☐ 기본제공	☐ 여 ☐ 부
					☐ 대면전달 ☐ 비대면전달	☐ 냉온여부 ☐ 전화연락	☐ 식사양호 ☐ 식사남김 ☐ 특이사항	/	/	☐ 연장제공 ☐ 기본제공	☐ 여 ☐ 부
					☐ 대면전달 ☐ 비대면전달	☐ 냉온여부 ☐ 전화연락	☐ 식사양호 ☐ 식사남김 ☐ 특이사항	/	/	☐ 연장제공 ☐ 기본제공	☐ 여 ☐ 부
					☐ 대면전달 ☐ 비대면전달	☐ 냉온여부 ☐ 전화연락	☐ 식사양호 ☐ 식사남김 ☐ 특이사항	/	/	☐ 연장제공 ☐ 기본제공	☐ 여 ☐ 부
					☐ 대면전달 ☐ 비대면전달	☐ 냉온여부 ☐ 전화연락	☐ 식사양호 ☐ 식사남김 ☐ 특이사항	/	/	☐ 연장제공 ☐ 기본제공	☐ 여 ☐ 부
특이사항 기록											
*전달자가 관리자에 전달한 내용											
*관리자가 취득하게 된 정보											
*단 모니터링사항은 모니터링지에 기록											

노인영양상태 자가 평가 도구

○ 노인의 영양상태 자가 평가도구 활용, 전체 영양 점수 판정(6점이상)

* 0~2점: 좋음, 6개월 후에 다시 한번 검사한다.

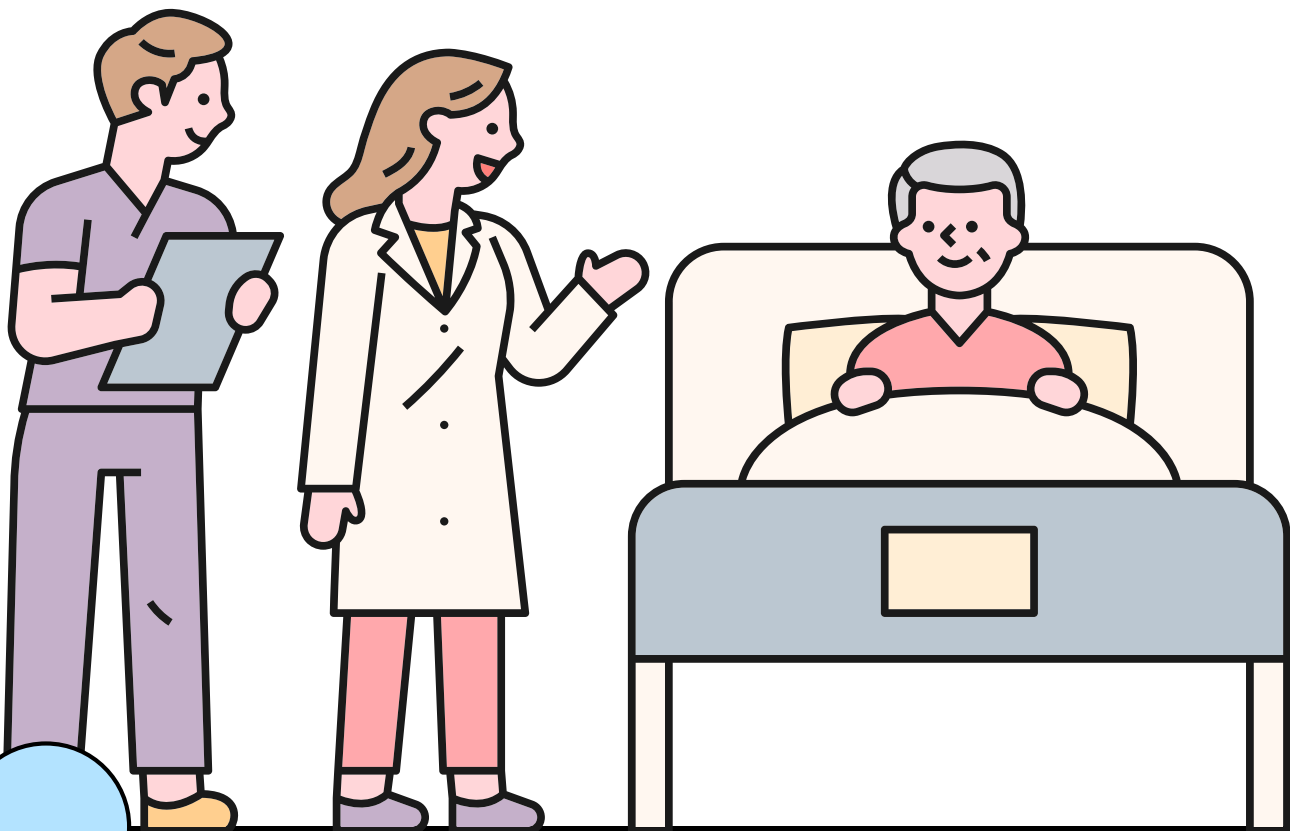
3~5점: 약간의 영양 불량의 위험요인이 존재, 식습관과 생활 습관 개선을 위해 노력해야 하며, 3개월 후에 다시 검사한다.

6점 이상: 높은 영양 위험 요인이 존재, 의사나 영양사 등 전문가의 도움을 받아 영양상태를 개선시켜야 한다.

항 목	“예”라고 답하면
평소에 먹던 음식의 종류나 양을 바꾸어야 할 정도의 질병이 있다	2
하루에 한끼의 식사를 한다	3
과일이나 야채, 우유 및 유제품을 거의먹지 않는다	2
맥주나 소주, 혹은 와인 등의 술을 거의 매일 하루에 3잔 이상 마신다	2
치아나 구강문제로 음식을 먹는데 지장이 있다	2
식품을 구입하는데 필요한 돈을 충분히 가지고 있지 않다	4
거의 대부분 식사를 혼자 한다	1
하루에 먹는 약의 종류가 3가지 이상이다	1
원하지 않았지만 지난 6개월 동안 체중이 5Kg 이상 늘거나 줄어들었다	2
다른 사람의 도움 없이 시장을 보거나 요리하고 식사하는 것이 신체적으로 힘이 든다	2



방문의료



장기요양 재택의료센터 포괄평가 및 케어플랜 기록지

1. 기본 사항

방문일	년 월 일					
기관정보	의료기관명		의료기관기호			
수급자 정보	성명		생년월일		성별	
	등급		인정번호		유효기간	
	주소					
보호자 (주수발자) 정보	성명		관계		주수발자 유무	○ 유 ○ 무
	동거여부		연락처			
기타정보	의뢰경로	○ 건강보험공단 ○ 장기요양기관		○ 지자체 ○ 협력병·의원		○ 환자, 가족 등의 요청 ○ 기타()
	특이사항					

2. 방문 기본정보

평가시간	○ 시작시간	:	○ 종료시간	:
평가사유	○ 포괄평가(최초) ○ 포괄평가(차)			
이동거리	km	이동시간	○10분 미만 ○10~20분 ○20~30분 ○30분 이상	

3. 수급자의 건강/질병상태

해결 요청 주요문제	☐ 만성병/통증관리 ☐ 복용약 조절 ☐ 노인병증후군 발생 ☐ 문제행동 ☐ 신체기능재활 ☐ 인지재활 ☐ 일상생활기능보조 ☐ 마비/구축 ☐ 기타 ()																								
의사소통	○ 가능 ○ 불가능 ○ 기타()																								
기능장애 발생 원인질환	<table> <tr> <td>☐ 뇌혈관질환(뇌졸중)</td><td>(년 월경)</td> <td>☐ 치매</td><td>(년 월경)</td> </tr> <tr> <td>☐ 파킨슨병</td><td>(년 월경)</td> <td>☐ 골절후유증(고관절 척추 등)</td><td>(년 월경)</td> </tr> <tr> <td>☐ 퇴행성 관절염(무릎 등)</td><td>(년 월경)</td> <td>☐ 심(心)부전</td><td>(년 월경)</td> </tr> <tr> <td>☐ 만성폐질환</td><td>(년 월경)</td> <td>☐ 신(腎)부전</td><td>(년 월경)</td> </tr> <tr> <td>☐ 암()</td><td>(년 월경)</td> <td>☐ 기타()</td><td>(년 월경)</td> </tr> </table>					☐ 뇌혈관질환(뇌졸중)	(년 월경)	☐ 치매	(년 월경)	☐ 파킨슨병	(년 월경)	☐ 골절후유증(고관절 척추 등)	(년 월경)	☐ 퇴행성 관절염(무릎 등)	(년 월경)	☐ 심(心)부전	(년 월경)	☐ 만성폐질환	(년 월경)	☐ 신(腎)부전	(년 월경)	☐ 암()	(년 월경)	☐ 기타()	(년 월경)
☐ 뇌혈관질환(뇌졸중)	(년 월경)	☐ 치매	(년 월경)																						
☐ 파킨슨병	(년 월경)	☐ 골절후유증(고관절 척추 등)	(년 월경)																						
☐ 퇴행성 관절염(무릎 등)	(년 월경)	☐ 심(心)부전	(년 월경)																						
☐ 만성폐질환	(년 월경)	☐ 신(腎)부전	(년 월경)																						
☐ 암()	(년 월경)	☐ 기타()	(년 월경)																						
치료중인 동반질환 (병명/ 유병기간)	<table> <tr> <td>☐ 고혈압</td><td>(년)</td> <td>☐ 당뇨병</td><td>(년)</td> </tr> <tr> <td>☐ 이상지질혈증</td><td>(년)</td> <td>☐ 심혈관질환(심근경색 협심증 등)</td><td>(년)</td> </tr> <tr> <td>☐ 천식</td><td>(년)</td> <td>☐ 우울증(또는 불안증)</td><td>(년)</td> </tr> <tr> <td>☐ 기타()</td><td>(년)</td> <td></td><td></td> </tr> </table>					☐ 고혈압	(년)	☐ 당뇨병	(년)	☐ 이상지질혈증	(년)	☐ 심혈관질환(심근경색 협심증 등)	(년)	☐ 천식	(년)	☐ 우울증(또는 불안증)	(년)	☐ 기타()	(년)						
☐ 고혈압	(년)	☐ 당뇨병	(년)																						
☐ 이상지질혈증	(년)	☐ 심혈관질환(심근경색 협심증 등)	(년)																						
☐ 천식	(년)	☐ 우울증(또는 불안증)	(년)																						
☐ 기타()	(년)																								
현재 투약내용	목록			총 가지 수																					
최근 1년 이내 입원여부	○ 있음	진단명() 입원시기(년 월경)	병원명() 입원기간(일 동안)																						
	○ 없음																								
최근 3개월 이내 노년증후군 발생	○ 있음	☐ 어지럼증 ☐ 낙상 ☐ 골절 ☐ 요실금 ☐ 욕창 ☐ 탈수 ☐ 식욕저하 ☐ 호흡곤란 ☐ 섬망 ☐ 수면장애 ☐ 기타()																							
	○ 없음																								

4. 수급자의 신체상태

보행능력 및 근력	보행 보조기구 사용	○ 아니오 ○ 예(□지팡이 □보행차 □휠체어)		
	10계단 올라가기 능력	○ 혼자 가능 ○ 부족하여 가능 ○ 불가능		
	의자에서 일어나 3m 걸고 돌아와 앉기 (TUG Test)	○ 10초 이하 ○ 11~20초 ○ 21~30초 ○ 30초 초과 ○ 수행 불가능		
	하지근력(5SST) (5회 의자에서 일어서기 시간)	○ 15초 미만 ○ 15~30초 ○ 30초 초과 ○ 수행 불가능		
	상지기능 (머리뒤로 양손 깎지끼기)	○ 가능 ○ 불가능(○ 좌측불가능 ○ 우측불가능 ○ 양측 불가능)		
	운동실조 및 서동증 (뇌질환 또는 파킨슨 등으로 신체 움직임의 부조화 및 느낌)		○ 없음 ○ 있음	
영양상태 및 식사행위	현재의 키와 체중	○ 키()cm 체중()kg ○ 측정 불가능		
	체중감소 여부	○ 예(최근 6개월에 3kg 이상 감소) ○ 아니오		연하곤란 ○ 없음 ○ 있음
	식사행위 (음식을 차려주었을 때)	○ 혼자 가능 ○ 일부 도와주면 가능 ○ 혼자 불가능	영양 방법	□ 정상 식사 □ 비위관 □ 유동식 □ 위루 □ 기타()

5. 수급자의 정신상태

인지기능	치매진단 여부	○ 없음 ○ 있음(진단일자: 년 월 일경)		치매 약물 치료 여부	○ 예 ○ 아니오
		○ 인지 저하 의심되나 진단받은 적 없음			
	최근 6개월 이내 인지기능 선별검사 결과	○ 기존 검사결과 있음	☐ 선별검사 시행일자(년 월) ☐ MMSE(점/30점) ☐ GDS() 또는 CDR() ※ 기타 인지기능 검사 여부 ☐ 뇌영상검사(MRI 또는 CT) ☐ SNSB 또는 CERAD ☐ 기타()		
		○ 당일 시행			
○ 검사 안함					
우울	우울증 진단 여부	○ 없음 ○ 있음(진단일자: 년 월 일경)		우울증 약물 치료 여부	○ 예 ○ 아니오
		○ 우울증 의심되나 진단받은 적 없음			
	최근 6개월 이내 우울증 선별검사 결과	○ 기존 검사결과 있음	☐ 선별검사 시행일자(년 월) ☐ PHQ-9(점/27점) 또는 GDS(점/15점, 또는 점/30점) ※ 기타 우울증 검사여부 ○ 있음 ○ 없음		
		○ 당일 시행			
○ 검사 안함					
인지기능 장애에 의한 행동심리증상 유무		○ 없음			
		○ 있음	☐ 망상 ☐ 배회 ☐ 부적절한 웃입기 ☐ 거부 및 저항 ☐ 환각 ☐ 길을 잃음 ☐ 공격적, 파괴적 행동 ☐ 무감동/무기력 ☐ 섬망 ☐ 밤낮 바뀜 ☐ 돈/물건 등 감추기 ☐ 불결한 행동 ☐ 그 밖의 특이증상:		

6. 신체·정신적 자립생활 가능성

의식수준	○ 명료(alert) ○ 기면(drowsy) ○ 혼미(stupor) ○ 반혼수(semi-coma) ○ 혼수(coma)	
신체기능	○ 정상 생활 가능 ○ 실내생활 일부 도움 필요 ○ 준와상 또는 와상상태	○ 실내생활 독립(도움 없이 외출은 어려움) ○ 실내생활 많은 도움 필요
인지기능	○ 정상 생활 가능 ○ 자주 관찰 및 도움 필요 ○ 현저한 정신증상 또는 준와상 및 와상상태	○ 가끔 관찰 및 도움 필요 ○ 매일 관찰 및 도움 필요

7. 의료처치 및 건강관리 필요 항목

○ 없음

○ 있음	☐ 인공호흡기 적용	☐ 당뇨발 및 그에 준하는 피부질환	☐ 투약용 정맥주사
	☐ 정기 모니터링	☐ 투석(복막, 혈액)	☐ 말초 정맥영양
	(혈압, 혈당, 심박동, 산소포화도 등)	☐ 요실금 및 배뇨관리	☐ 수술창상 치료
	☐ 암성통증 및 그에 준하는 통증	(기저귀, 배뇨훈련 등)	☐ 인슐린 주사요법
	☐ 다중질환 및 복약 관리	☐ 경관 영양	☐ 인공루(장루, 방광루 등)
	☐ 중심 정맥영양	☐ 산소 또는 네블라이저 치료	☐ 도뇨관
	☐ 욕창(2단계 이상)	(호흡곤란 치료)	
☐ 기관지 절개	☐ 관절 및 근력 재활 운동		
☐ 기타 필요한 처치(내용: _____)			

8. 사회/환경 평가

일상생활 수행 시 도움 여부	○ 도움 받지 않음	○ 도움 필요 없음 ○ 간신히 수행 ○ 필요(도움 사람 없음)
	○ 도움 받음	○ 필요(신청방법 모름) ○ 필요(비용부담)
	○ 추가도움 필요성	☐ 가족, 친척(동거/동거하지 않음) ☐ 친구, 이웃 자원봉사자 ☐ 간병인 ☐ 장기요양서비스 ☐ 노인돌봄서비스 ☐ 가사도우미
경제상황	○ 경제적 어려움 있음 ○ 경제적 어려움 없음	
사회관계	○ 가족, 친구 교류 등 있음 ○ 사회적 교류 없음(침거)	
주거환경 문제	○ 있음 ○ 없음	

9. 서비스 이용현황

서비스 이용 유무	○ 이용중 ○ 미이용(○ 이용 희망 ○ 이용희망 없음)		
	의료이용 서비스	○ 있음	☐ 병·의원 ☐ 요양병원 ☐ 방문진료 ☐ 방문간호 ☐ 가정간호
		○ 없음	○ 이용 희망 ○ 이용희망 없음
	장기요양 서비스	○ 있음	☐ 방문요양 ☐ 방문목욕 ☐ 주야간보호 ☐ 단기보호
		○ 없음	○ 이용 희망 ○ 이용희망 없음
	지역 서비스	○ 있음	(_____)
○ 없음		○ 이용 희망 ○ 이용희망 없음	

10. 케어플랜

문제 목록	☐ 질병관리 부실	☐ 약물복용 부적절
	☐ 노인 증후군 관리	☐ 간호처치 및 질병관리 교육
	☐ 신체기능 감퇴	☐ 노쇠발생
	☐ 정신기능 저하	☐ 지역사회 돌봄 욕구
	☐ 기타(_____)	
방문 계획	☐ 의사 (월 ____ 회) ☐ 간호사 월 ____ 회) ☐ 사회복지사 등 (○ 정기: ○월 ○분기 ○연 ____ 회 / ○ 수시)	
종합 의견		

[별지 제6호 서식]

장기요양 재택의료센터 방문점검 기록지 (의사)

1. 기본 사항						
방문일	년 월 일					
기관정보	의료기관명		의료기관기호			
수급자 정보	성명		생년월일			
	등급		장기요양인정번호			
	주소					
2. 서비스 제공내역						
기본사항	성명		면허(자격)		면허(자격)번호	
	동행자	☐ 간호사 ☐ 사회복지사 ☐ 기타				
	서비스 제공시간	☐ 시작시간	:	☐ 종료시간	:	
	방문사유	☐ 정기 ☐ 수시 ☐ 응급 ☐ 기타 ()				
건강상태 점검	신체기능 자립성	☐ 유지 ☐ 호전 ☐ 악화	☐ 정상독립 ☐ 실내독립 ☐ 실내 일부 도움 ☐ 실내 많은 도움 ☐ 실내 완전 도움			
	인지기능 자립성	☐ 유지 ☐ 호전 ☐ 악화	☐ 정상독립 ☐ 주 1~2회 관찰요 ☐ 주 3~4회 관찰요 ☐ 매일 관찰요 ☐ 심한장애			
방문내용	진찰 및 상담	☐ 질병관리 ☐ 운동 ☐ 낙상관리 ☐ 감염관리 ☐ 수액주입 ☐ 영양관리 ☐ 통증관리 ☐ 약물 부작용 ☐ 정기검진 및 예방접종 ☐ 욕창관리 ☐ 응급상황 ☐ 기타()				
	침습적 처치	☐ 내용()				
	그 외	☐ 처방전 발생 ☐ 검사 시행() ☐ 의료기관 전원 ☐ 기타()				
	간호지시	☐ 기초건강관리 ☐ 투약관리 ☐ 운동관리 ☐ 영양관리 ☐ 정신심리상담 ☐ 통증관리 ☐ 튜브관리 ☐ 욕창관리				
기타사항						
향후 계획	향후계획	☐ 관리지속 ☐ 재평가 ☐ 팀 사례회의 ☐ 계획 변경 ☐ 종결 ☐ 기타()				
	총평					

[별지 제7호 서식]

장기요양 재택의료센터 방문점검 기록지 (간호사)

1. 기본 사항						
기관정보	의료기관명		의료기관기호			
수급자 정보	성명		생년월일			
	등급		장기요양인정번호			
	주소					
2. 서비스 제공내역						
기본 사항	방문사유	○ 기본 방문		○ 추가 방문		
	(20)년()월	일	일	일	일	일
	간호사명					
	면허번호					
	시작시간	:	:	:	:	:
	종료시간	:	:	:	:	:
	동행자	☐ 의사 ☐ 사회복지사 ☐ 기타	☐ 의사 ☐ 사회복지사 ☐ 기타	☐ 의사 ☐ 사회복지사 ☐ 기타	☐ 의사 ☐ 사회복지사 ☐ 기타	☐ 의사 ☐ 사회복지사 ☐ 기타
방문 내용	기초건강관리	☐	☐	☐	☐	☐
	투약관리	☐	☐	☐	☐	☐
	운동관리	☐	☐	☐	☐	☐
	영양관리	☐	☐	☐	☐	☐
	정신심리상담	☐	☐	☐	☐	☐
	통증관리	☐	☐	☐	☐	☐
	튜브관리	☐	☐	☐	☐	☐
	욕창관리(부위)	☐ ()	☐ ()	☐ ()	☐ ()	☐ ()
건강 상태 확인	혈압/맥박	mmhg, 회/분	mmhg, 회/분	mmhg, 회/분	mmhg, 회/분	mmhg, 회/분
	체온/혈당	℃/ mg/dl	℃/ mg/dl	℃/ mg/dl	℃/ mg/dl	℃/ mg/dl
	체중 변화	증/감 kg	증/감 kg	증/감 kg	증/감 kg	증/감 kg
	문제행동(섬망)	☐ 유 ☐ 무	☐ 유 ☐ 무	☐ 유 ☐ 무	☐ 유 ☐ 무	☐ 유 ☐ 무
	낙상	☐ 유 ☐ 무	☐ 유 ☐ 무	☐ 유 ☐ 무	☐ 유 ☐ 무	☐ 유 ☐ 무
	소변/대변실금	☐ 유 ☐ 무	☐ 유 ☐ 무	☐ 유 ☐ 무	☐ 유 ☐ 무	☐ 유 ☐ 무
기타 사항						
향후계획		○ 관리지속 ○ 재평가 ○ 팀 사례회의 ○ 계획 변경 ○ 종결 ○ 기타()				
총 평						

[별지 제8호 서식]

장기요양 재택의료센터 업무 기록지(사회복지사)

1. 기본 사항						
기관정보	의료기관명		의료기관기호			
수급자 정보	성명		생년월일			
	등급		장기요양인정번호			
	주소					
2. 서비스 제공내역						
기본사항	상담일시	년 월 일	시작시간	:	종료시간	:
	사회복지사명			자격번호		
상담	피상담자	○ 수급자 ○ 가족(관계:)				
	상담방법	○ 방문 ○ 유선		상담구분	○ 정기 ○ 수시	
	상담내용	☐ 사업안내 ☐ 방문일정 조율 ☐ 환경변화 파악 ☐ 지역사회 자원연계 필요도 파악(요양, 돌봄 등) ☐ 지역사회 자원연계 제공(○ 정보제공 ○ 기관연계) ☐ 기타()				
	상담 상세내용	※ 특이사항 및 기타사항 등 작성				
지역사회 자원연계	연계기관	☐ 시군구청 ☐ 행정복지주민센터 ☐ 보건소 ☐ 국민건강보험공단 장기요양운영센터 ☐ 지역 내 공공기관 ☐ 장기요양기관(방문간호 등 재가기관) ☐ 노인보호전문기관 ☐ 종합사회복지관 ☐ 노인복지관 ☐ 장애인복지관 ☐ 치매안심센터 ☐ 민간기업 ☐ 기타()				
		연계내용	☐ 장기요양 가족상담 ☐ 돌봄교육() ☐ 치매교육() ☐ 경제적 지원() ☐ 방문구강서비스 ☐ 방문재활서비스 ☐ 주거환경 개선 ☐ 도시락배달 ☐ 후원물품 전달 ☐ 노인돌봄 및 지원서비스 사업 ☐ 말벗서비스 ☐ 사회활동 및 여가활동 지원사업 ☐ 노인 학대신고 ☐ 기타()			
	연계 상세내용		※ 특이사항 및 기타사항 등 작성			
기타사항						



이동지원



이동지원서비스 이용 신청서

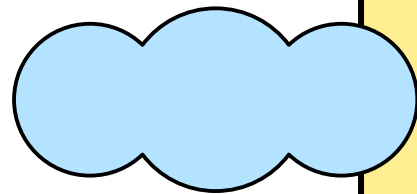
이용자 인적사항	성 명			주민등록번호	(남 ☐ 여 <input 2"="" type="checkbox/>)</td> </tr> <tr> <td rowspan="/> 연락처		(자택)		주 소		
	(휴대전화)										
		신체 활동사항 (동행 시 유념사항)	자립보행 ☐ 지팡이 ☐ 보행 부축 ☐ 기타 ☐ ()								
이용 희망 병원	관내 ☐ (병원명:)			관외 ☐ (병원명:)							
	이용 서비스	병원동행 ☐ 접수보조 ☐ 수납보조 ☐ 진료실동행 ☐ 검사지원 ☐ 약품수령 ☐ 기 타 ☐ ()									
이용하는 날짜											
보호자	성 명		신청자와의 관계		연락처						
이용 안내	(수정 후 사용가능) ① 서비스 이용 시간 08:00~17:00(주말,공휴일 제외) ② 이용자 부담금 - ③ 전담인력과 유선 통화 후 병원 방문시간 조율 및 예약(필수) ④ 월 최대 0회 이용 가능										
확인 사항	수혜서비스	기초연금 ☐ 노인맞춤돌봄서비스 ☐ 장기요양등급 ☐ (등급: _____) ※ 1~3등급 신청 불가능									
	중복지원 확인	방문요양서비스 ☐ 주간보호센터이용 ☐ 기타 ☐ () ※ 해당 시 '관외' 병원동행매니저만 가능									
	가구특성	독거 ☐ 부부 ☐ 기타 ☐ ()									
20 년 월 일 신청자 : (서명) 확인자 : (서명) 귀하											

이동지원서비스 서비스 제공 기록지

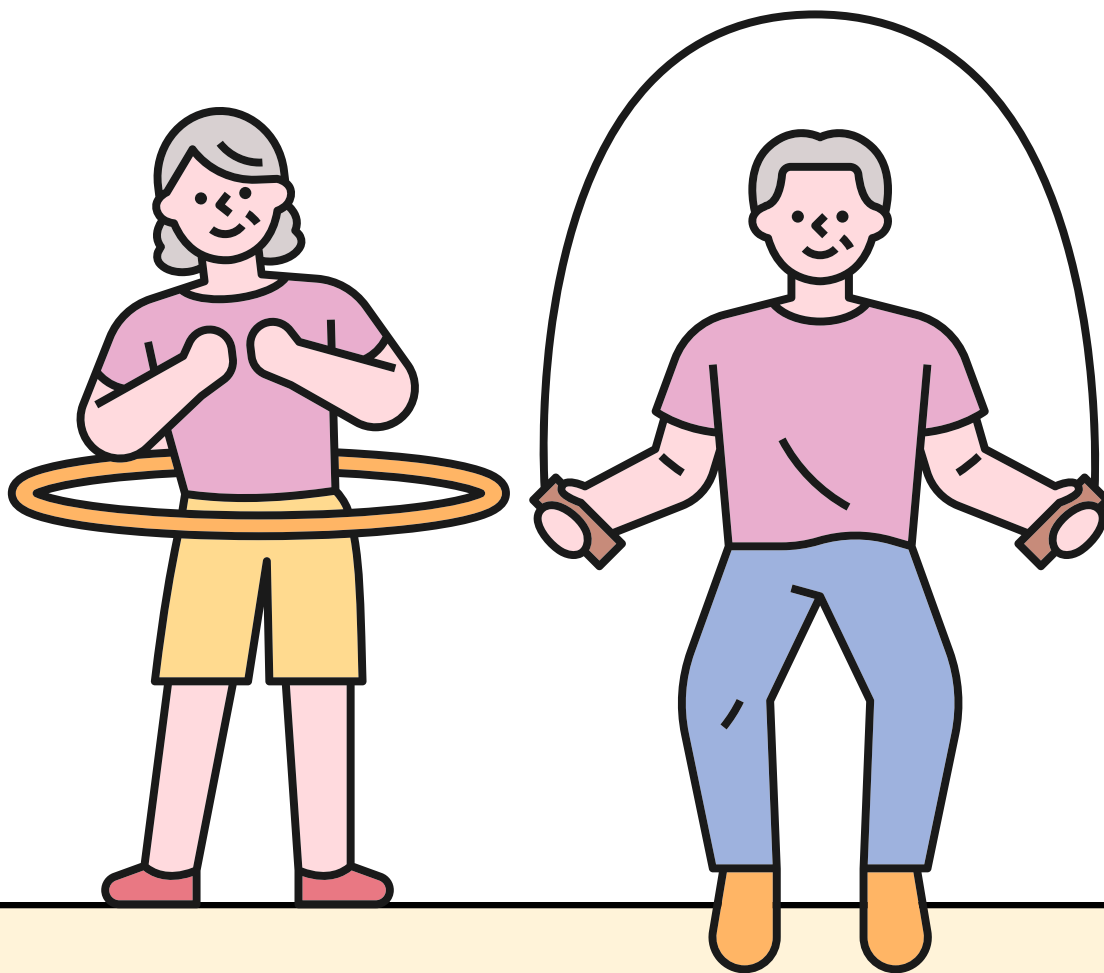
		서비스 예약 일자		월 일 (요일)	
서비스 이용자 관련 사항					
성 명		생년월일		연락처	
서비스 의뢰 내용					
서비스 제공일자	2026. . . (요일)		병원명	관내[☐ 관외[<input]<="" td="" type="checkbox"/> <td></td>	
시작 시간		시작 장소		병원 이동 수단	기관차량 [☐ 대중교통 - 버스 [☐ 택시 [<input]<="" td="" type="checkbox"/>
종료 시간		종료 장소			
서비스 제공 내역	☐ 병원동행 ☐ 접수보조 ☐ 진료실 동행 ☐ 검사 지원 ☐ 수납 보조 ☐ 약품수령 ☐ 귀가 ☐ 기타 - ()				
본인은 위와 같은 내용으로 서비스를 제공받았음을 확인합니다. 이용자 성명: (서명 또는 인) 귀하					

이동지원서비스 서비스 비용 명세 및 청구서

서비스 이용자 관련 사항						
성 명		생년월일		연락처		
서비스제공기관						
제공기관명				주소		
서비스 제공기간	2026.00.00~2026.00.00.			영수증 번호		
				통합돌봄2026		1
서비스 제공 세부내역	횟수	제공일	출발시간	도착시간	이용시간	비고
	월 총 이용시간					
서비스 제공 내역	예시)기준 30분이하 절삭, 30분 초과 올림				3.5	
비용기준	서비스비용			20,000	원/시간당	
	예시) 기초연금 수급권자 20%부담/ 기초연금 미수급 100%					
항목	청구 금액					
서비스 총비용	₩					
본인부담금 (실제 납부액)	₩					
납부안내	0월 00일까지 납부 부탁드립니다.					
계좌이체	00은행 /00-0000-0000-00 예금주: 00000센터					
2026. 00. 00						
예시) *사전에 고지하여 주신 분의 명의로 현금영수증 등록되어 연말정산 간소화에 적용 됩니다. 현금영수증 등록을 위해 주민번호 수집이 필요합니다. 전화로 요청시 개인정보 동의로 간주됩니다. *본 서비스의 비용은 의료비 공제에 해당되지 않습니다.						



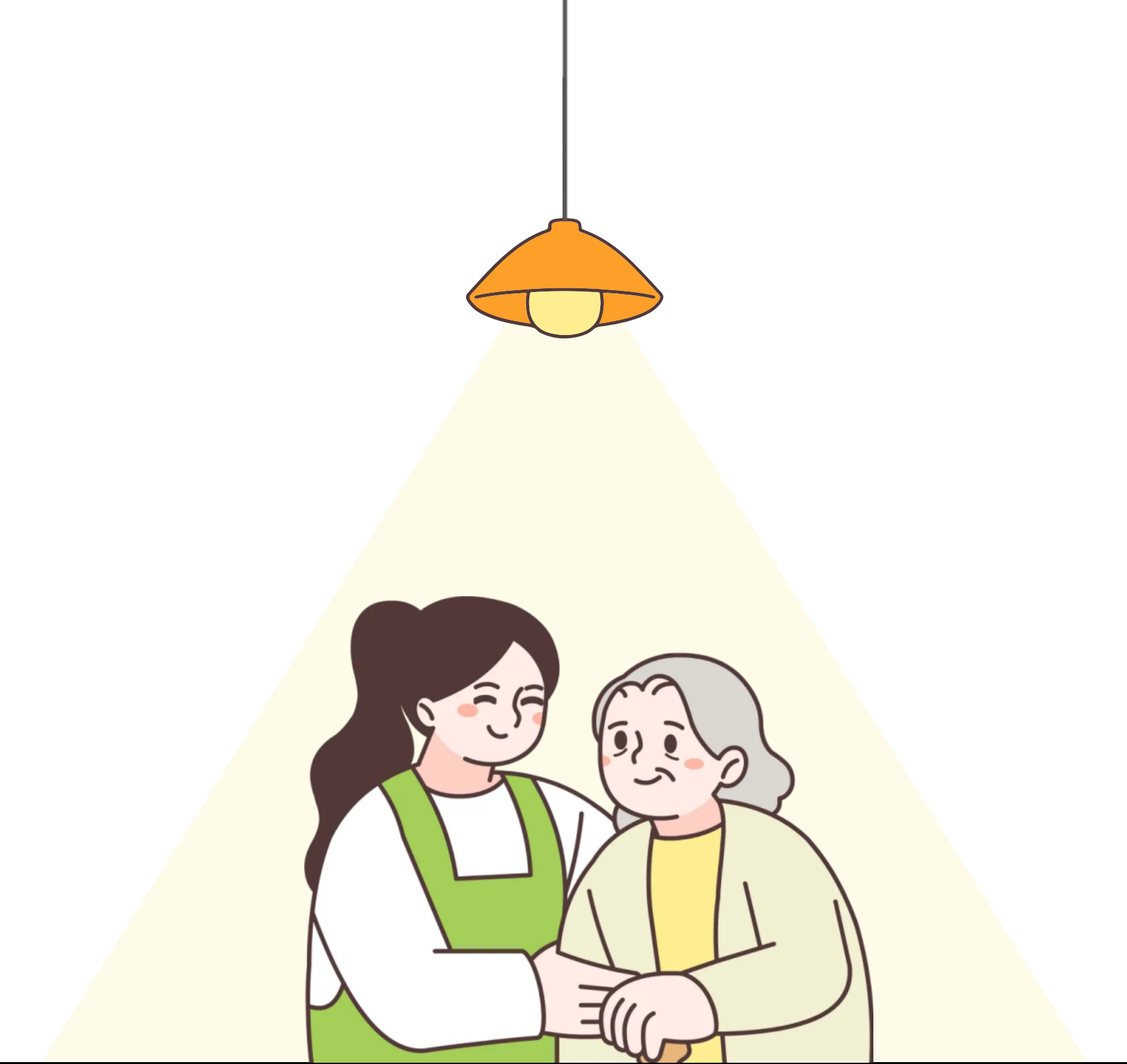
건강지원





주거지원





참고 자료

- 2026년 의료·요양 통합돌봄 사업안내(안) 노인편
- 장기요양 재택의료센터 시범사업 지침(2026)
- 2025 광주다움 통합돌봄 운영지침
- 광주다움 통합돌봄 서비스제공기관 업무편람(2025)
- 보건복지부, 건강보험공단(2019). 노인장기요양 방문요양·방문목욕 급여제공 매뉴얼
- (사)대한치과위생사협회 마산대학교 산학협력단(2023) 노인장애인 방문구강건강중재를 위한 실습 매뉴얼 개발(안)