排泄予測支援機器 確認調書

介護保険法による特定福祉用具の販売にあたり、下記の内容について、確認しました。

年 月 日

事業所名 所 在 地 確認者名

記

【利用者情報】

氏 名

生年月日 年 月 日 年齢 歳

同居家族 トイレへの主な介助者

要介護区分 要介護・要支援

介護認定調査 項目２－５排尿（該当するものに○をする）

１．介助されていない ２．見守り等 ３．一部介助 ４．全介助

【試用した排泄予測支援機器】

メーカー名： 機種名：

【確認項目】

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 試用の有無  ※無の場合はその理由 | 有 ・ 無（無の場合、以下に試用しなかった理由を記載） | | | | |
| 試用期間 | 月 日 ～ 月 日（１日あたり 時間装着） | | | | |
| 装着し、通知がされたか | | 可・否 | 通知後、トイレまでの誘導時間 | | 分 |
| 試用結果（※）（通知後にトイレで排泄できた回数／実際の通知回数） | | | | | |
| 月 日 | 回／ 回 | | 月 日 | 回／ 回 | |
| 月 日 | 回／ 回 | | 月 日 | 回／ 回 | |
| 月 日 | 回／ 回 | | 月 日 | 回／ 回 | |
| 月 日 | 回／ 回 | | 月 日 | 回／ 回 | |

（※）試用結果は、実際の試用期間に応じて記入してください。