

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 被保険者番号 _____

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。