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。