

別添

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<br>※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。