

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。

令和 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 大・昭・平 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ー5排尿（該当するものに○）

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） 理由:		
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。