

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。