

別途

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 _____

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。