

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。