

## 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。