

排せつ予測支援機器 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】

- ・被保険者氏名 _____
- ・生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
- ・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、以下に理由を記入してください。) (_____)		
試用期間	_____ 月 _____ 日 から _____ 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
_____ 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。