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

連絡先

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者情報 | 氏　名 | |  | | | | | 被保険者番号 | | | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  |
| 生年月日 | | 年　　月　　日 | | | | | 要介護区分 | | | | 要支援・要介護 | | | | | | | | | | | |
| 同居家族 | | 有　・　無 | | | | | 介護認定調査  項目  ２－５排尿 | | | | 1. 介助されていない 2. 見守り等 3. 一部介助 4. 全介助 | | | | | | | | | | | |
| トイレへの主な介護者 | | 配偶者・子・  孫・父母・  その他（　　　　） | | | | |
| 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。