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。