

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、以下に使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。