

## 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。