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。

あ作成日　　　年　　 月　　 日

販売事業者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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 要支援１・要支援２・要介護１・要介護２・要介護３・要介護４・要介護５

介護認定調査 項目２－５排尿（該当するものを○で囲んでください）

１．介助されていない　 　　 ２．見守り等　　 　 ３．一部介助　　 　 ４．全介助

※１.４のいずれかを選択された方は、排泄予測支援機器の購入対象外となります。

【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 | １１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 | あああ 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） |
| あ　あ月　　　日  | あ　　回／あ　ｓ回 | あ　　月　　　日  | あ　　回／あ　ｓ回 |
| ああ　月　　　日  | あ　　回／あ　ｓ回 | あ　あ月　　　日  | あ　　回／あ　ｓ回 |
| あ　あ月　　　日  | あ　　回／あ　ｓ回 | あ　あ月　　　日  | あ　　回／あ　ｓ回 |
| ああ　月　　　日  | あ　　回／あ　ｓ回 | あ　　月　　　日  | あ　　回／あ　ｓ回 |

※医学的な所見が確認できる書類を添付してください。