

別添

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 _____ 被保険者番号 _____
生年月日 ____昭和____年 ____月 ____日 年齢 ____歳
同居家族 ____有・無____ 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 ※

※認定調査項目「1」または「4」の場合の排泄予測支援機器の利用は原則認められません。

【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。

◎医学的な所見が確認できる様式を添付してください。