（牛久市）

**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）  (理由) | | | |
| 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。

（※）この調書の他、医学的な所見の確認ができる書面を添付してください。

　（主治医意見書、サービス担当者会議における医師の所見、居宅サービス計画に記載した医師の所見、個別に取得した医師の診断書、等）