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。

令和　　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 | 年　　月　　日 ～　　　　　年　　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) | | | |
| 年　　月　　日 | 回／　　回 | 年　　月　　日 | 回／　　回 |
| 年　　月　　日 | 回／　　回 | 年　　月　　日 | 回／　　回 |
| 年　　月　　日 | 回／　　回 | 年　　月　　日 | 回／　　回 |
| 年　　月 　 日 | 回／　 回 | 年　　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。