**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 |  | トイレへの主な介護者 |  |
| 要介護区分 | 要介護 ・ 要支援 |  |
| 介護認定調査　項目２－５排尿（該当するものに〇をする） |
| 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、実際の試用期間に応じて記入してください。