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

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）

[ ] 介助されていない　　　 [ ] 見守り等　　　 [ ] 一部介助　　　 [ ] 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・[x]  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 |

（※）試用結果は、実際の試用期間に応じて記入してください。