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・ 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。