**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　有（　　　人）・無　　　　トイレへの主な介助者（続柄を記載）

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※無の場合のその理由 | 　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。