

## 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

### 【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

要支援 1・2・要介護 1・2・3・4・5

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		有 ・ 無 (無の場合、以下に使用しなかった理由を記載)							
※無の場合はその理由									
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、トイレまでの移動(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
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。