

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 _____

確認者名 _____

【利用者状況】

氏名		生年月日	年 月 日
同居家族	有 ・ 無	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、以下に試用しなかった理由を記載）		
	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、トイレまでの移動時間	分
試用により、利用者または家族等が機器を活用できることを確認した			未・済
備考			