

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。

作成日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

販売事業所名 _____

所在地 _____

確認者名 _____

記

【被保険者情報】

氏 名 _____

被保険者番号 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

要介護区分（該当するものに○をする）

要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5

同居家族 _____

トイレへの主な介助者 _____

【試用した排泄予測支援機器】

メーカー名 _____

機種名 _____

【確認項目】

装着の目的が、自立した排泄を促すことであることを被保険者や介助者は理解しているか		可 ・ 否	
被保険者や介助者が操作方法を理解しているか		可 ・ 否	
試用の有無 ※無の場合はその理由	有 ・ 無 （無の場合は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。