

排泄予測支援機器の利用に関する主治医の所見記録書

排泄予測支援機器の利用にあたり、次のとおり医学的な所見を確認しました。

利用者氏名			
被保険者番号			
利用者住所			
聴取者事業所名			
聴取者氏名			
聴取日	年 月 日	記録作成日	年 月 日
医療機関名			
主治医名			
聴取方法※	<input type="checkbox"/> 対面 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> その他 ()		
主な既往歴			
排泄予測支援機器の必要性※	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
必要である 要因※	<input type="checkbox"/> 運動動作の低下 <input type="checkbox"/> 排尿のタイミングが不明 <input type="checkbox"/> 意思の伝達が困難 <input type="checkbox"/> その他 ()		
利用することで 期待される効果 ※	<input type="checkbox"/> 排尿の機会の予測が可能となることで、失禁を回避し、 トイレで排尿をすることが見込める。 <input type="checkbox"/> その他 ()		

※該当するものにチェックをお願いします。その他に該当する場合は、括弧内に詳細をご記入ください。