

排泄予測支援機器 確認調書

年 月 日

事業所名

確認者名

介護保険法による特定福祉用具の販売に当たり、次の内容について、確認しました。

【利用者情報】

名前		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	支援1 ・ 支援2 ・ 介護1 ・ 介護2 ・ 介護3 ・ 介護4 ・ 介護5		
利用目的の理解及びトイレでの自立した排尿を目指す意志	有 ・ 無		
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. 一部解除 4. 全介助			

【使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、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)
装着後、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。