**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

記

【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　要介護・要支援

介護認定調査　項目２―５排尿（該当するものに〇をする）

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※無の場合はその理由 | 　有　・　無（無の場合，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。

 【販売にあたって確認した医師の所見】（該当番号に〇をつけてください。）

① 介護認定審査における主治医の意見書

② サービス担当者会議等における医師の所見

③ 介護支援専門員等が聴取した居宅サービス計画等に記載する医師の所見

④ 個別に取得した医師の診断書等（利用者から診断書の提供があった場合など）

※②③に該当する場合は，確認したケアプランの写しを申請書に添付してください。

※①④に該当する場合は，確認したものの写しを申請書に添付してください。