

排泄予測支援機器 確認調書

事業所名

確認者名

年 月 日

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。

記

被保険者氏名				被保険者番号			
生年月日	年 月 日	年齢	歳	要介護度			
同居家族の有無	有 ・ 無 いずれかに○ (有の場合具体的に)						
トイレへの主な介助者	有 ・ 無 いずれかに○ (有の場合具体的に)						
介護認定調査項目 2 - 5 排尿	1. 介助されていない		2. 見守り等		3. 一部介助 4. 全介助		
医学的な所見の確認 (※1)	いずれかに○をして、当該確認書類を申請書に添付してください。 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 ケアマネジャー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 5 排泄予測支援機器の購入に関する医師の所見 6 その他 (具体的に)						
排泄予測支援機器の試用有無	有 ・ 無 いずれかに○						
	※ 無 の場合、試用しなかった理由を記載						
排泄予測支援機器の試用結果	メーカー名			機種名			
	試用期間	年 月 日		～	年 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 (※2) (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				

(※1) 運動動作の低下、排尿のタイミングが不明、または伝えることができない等により、トイレでの自立した排尿が困難であり、排尿の機会の予測が可能となることで、失禁を回避し、トイレで排尿することが見込まれる状況かどうかの確認をしてください。

(※2) 試用結果は、実際の試用期間に応じて記入してください。