

排泄予測支援機器の購入に関する医師の所見

年 月 日

被 保 険 者	氏 名		被保険者番号	
	要 介 護 度	要支援(1 ・ 2) 要介護(1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)		
医師の所見の聞き取りをした事業所		事業所名	いずれかに○(居宅介護支援事業所・介護予防支援事業所・福祉用具販売事業所)	
		確認者氏名		電話番号
主 治 医	医療機関名		医師氏名	
	住 所			
聞き取り内容	<p>※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。</p>			
	(聞き取りを行った年月日 年 月 日)			
備 考				