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	
	j		
	1	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】			
有 ・ 無 (無の場合、以下に試用しなかった理由を記 ※無の場合はその理 由			
試用期間	月日 ~ 着)	月日(1日あ7	たり時間装
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		月日	
月日		月日	□ /□
月日 月 日		月日	
	四/ <u></u> 四 E際の試田期間に広1	<u></u> 月日 ごて記入してください。	<u> </u>