

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（記入日）

事業所名 _____

確認者名 _____

（福祉用具専門相談員等）

記

【利用者情報】

1 氏名 _____

2 同居家族（トイレへの解除）の有無（街頭に○をつけてください。）

____有 ____・ ____無____

【排泄予測支援機器の試用】

1 排泄予測支援機器の試用の有無

（1）有の場合 ア 試用した機器名 _____

イ 試用期間 ____月 ____日から ____月 ____日まで

（1日あたりの装着時間____時間）

ウ 試用結果 通知によりトイレで排尿できた回数

（ ____回（トイレ）／ ____回（通知））

（2）無の場合、その理由

※販売にあたって確認した医師の所見 （該当番号に○をつけ、写しを提出してください。）

- 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 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）