令和　　年　　月　　日

高知市長　様

事業所名

所 在 地

確認者氏名

連絡先　℡

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販売にあたり，下記の内容について確認しました。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フ　リ　ガ　ナ |  | 被保険者番号 | 0 | 0 | 0 |  |  |  |  |  |  |  |
| 利用者名 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 同居家族の有無 | 有 ・ 無 | トイレへの主な介助者　（利用者との関係性） | |  | | | | |  | |
| 介護認定調査　項目２－５排尿 | | □介助されていない　　　□見守り等　　　□一部介助　　　□全介助 | | | | | | | | |
| 試用の有無 | 有 ・ 無 | 試用期間 | 令和　　　　年　　　　月　　　　日　　～　　令和　　　　年　　　　月　　　　日 | | | | | | | |
| 試用が無の場合  理由を記載 |  | | | | | | | | | |
| 試用した排泄予測支援機器 | | メーカー名 |  | | | 機種名 | | |  | |
| 試用機器を装着後,通知の有無 | | 有 ・ 無 | 通知後トイレまでの誘導時間 | | | | 分 | | |  |
| 膀胱機能の確認の基とした  医学的所見 | | □介護認定審査における主治医の意見書  □サービス担当者会議等における医師の所見  □介護支援専門員等が聴取した居宅サービス計画書等に記載する医師の所見  □個別に取得した医師の診断書等 | | | | | | | | |
| 医 療 機 関 名 | |  | | | 医師名 | | |  | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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） （※） | | | | | | | | |
| 例 | １ 月 １ 日 | ４回／５回 | ⑤ | 月 日 | 回／　回 | ⑩ | 月 日 | 回／　回 |
|  | 月 日 | 回／　回 | ⑥ | 月 日 | 回／　回 | ⑪ | 月 日 | 回／　回 |
|  | 月 日 | 回／　回 | ⑦ | 月 日 | 回／　回 | ⑫ | 月 日 | 回／　回 |
|  | 月 日 | 回／　回 | ⑧ | 月 日 | 回／　回 | ⑬ | 月 日 | 回／　回 |
|  | 月 日 | 回／　回 | ⑨ | 月 日 | 回／　回 | ⑭ | 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。