**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、「介護保険の給付対象となる排泄予測支援機器の留意事項について」（老高発0331第3号令和4年3月31日厚生労働省老健局高齢者支援課長通知）及び下記の内容について、確認しました。

　　　　年　　月　　 日

事業所名

所在地

確認者名

記

【利用者情報】

氏 名　　　　　　　　　　　　　　　　　　被保険者番号

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○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】

|  |  |
| --- | --- |
| 試用の有無※無の場合はその理由 | 有　・　無（無の場合、以下に試用しなかった理由を記載） |
| 試用期間 | 　　月　　日～　　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（※）（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 |
| 　　月　　日 | 　　回／　　回 | 　　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。