**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

確認者名

**【利用者情報】**

①氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　②同居家族　　無　・　有

③トイレへの主な介助者　氏名（　　　　　　　　　　）　　続柄（　　　　　　）

**【利用者の疾患・症状】**

①疾患名

②症状（該当項目すべてにチェックをお願いします）

　□トイレまでの移動等に時間を要するため、排尿時間の予測が必要

　□尿意が無い

　□尿意は有るが伝えることができない

　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

③機器導入に関する医師の意見　　要　・　不要

　医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　　医師所属医療機関

　医師意見の確認日

【試用期間の様子】

メーカー名：　　　　　　　　　　　　　　　機種名：

|  |  |
| --- | --- |
| 使用の有無※無の場合のその理由 | 　有　　・　　無　(無の場合、以下に試用しなかった理由を記載)（理由）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
|
|
| 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　 | 通知後の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 |