**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

販売事業者：

所在地：

福祉用具専門相談員：

**【利用者情報】**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | 被保険者番号 |  |
| 生年月日 | 年　　 月　　 日 | 年齢 | 歳 |
| 要介護区分 | 要支援　１ ・ ２　／　要介護　１ ・ ２ ・ ３ ・ ４ ・ ５ | | |
| 介護認定調査  項目2-5 排尿 | １.介助されていない　　　　２.見守り等  ３.一部介助　　　　　　　　４.全介助 | | |
| 同居家族 |  | | |
| トイレへの  主な介助者 |  | | |

**【排泄予測支援機器が必要な理由(試用期間の状況)】**

|  |  |
| --- | --- |
| 試用の有無 | 有　・　無　(無の場合は、以下に試用しなかった理由を記載)  理由： |
| 必要な理由 |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

※利用者の身体状況および介助者の状況等を踏まえたうえで、排泄予測支援機器の利用により、トイレでの自立した排泄が見込まれることを確認してください。