

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)

記

【利用者情報】

1 氏名

2 同居家族（トイレへの介助）の有無（該当に○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日当たりの装着時間 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）

※②③に該当する場合は、確認したケアプランの写しを申請書に添付してください。

※①④に該当する場合は、確認したものの写しを申請書に添付してください。