

別紙

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。

確認日 年 月 日

事業所名

所在地

確認者名

記

【利用者（被保険者）情報】

被保険者番号

被保険者氏名

～以下、該当するものに○をしてください。～

トイレへの主な介助者 有・無

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

【確認項目】

試用の有無 ※無の場合はその理由	有・無（無の場合は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、通知され、 トイレへの 移動や誘導が可能か	可・否