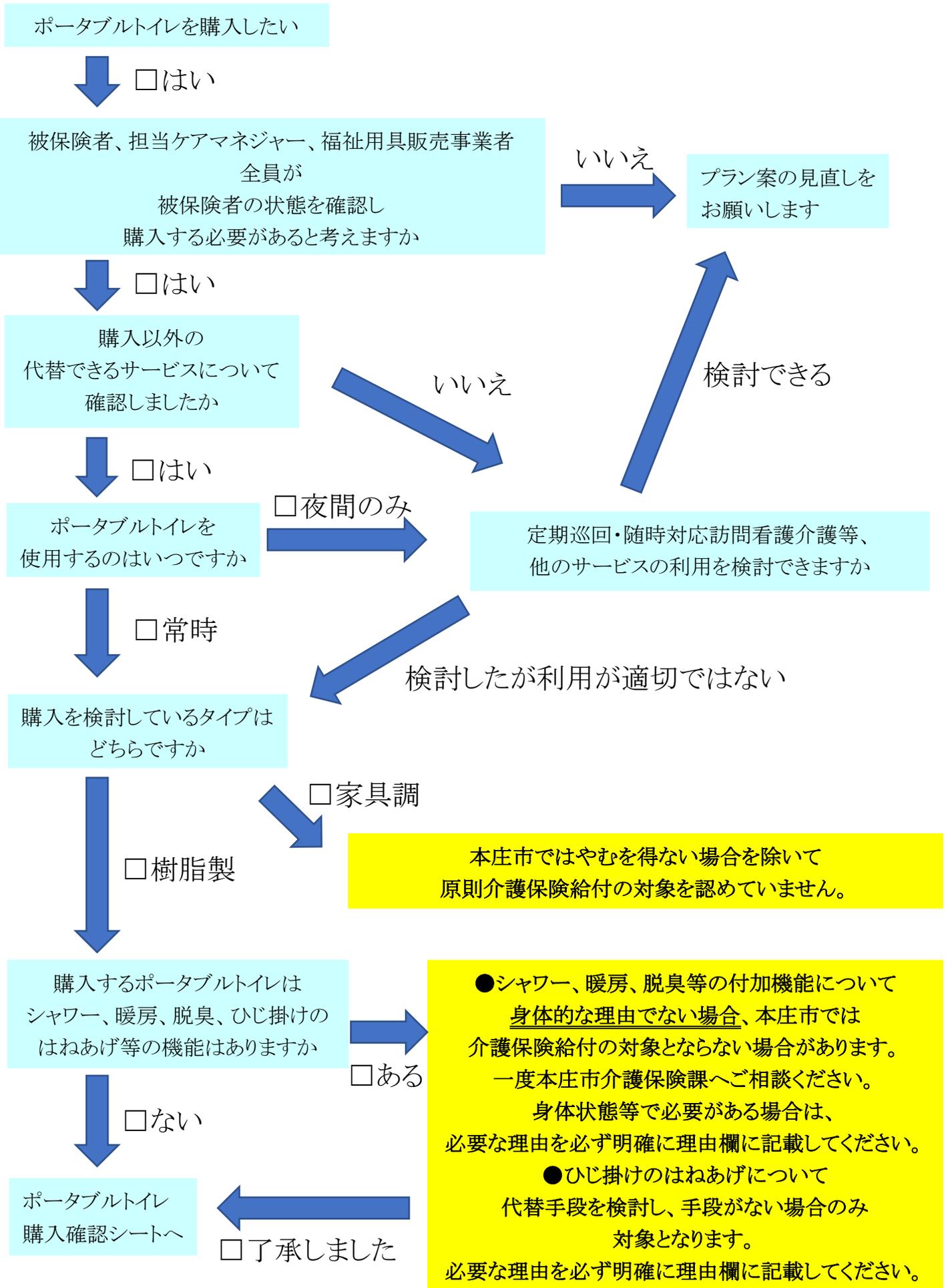


# ポータブルトイレ購入前確認フローチャート

ポータブルトイレを購入する場合は必ずこのフローチャートを使用し、必要性を確認してください。



# ポータブルトイレ購入確認シート

被保険者名: \_\_\_\_\_

## 被保険者の ADL (該当に○を入れてください)

	掴まらないでできる	掴まればできる	できない
起き上がり			
イスやベッドからの立ち上がり			
両足での立位			
移乗			
座位保持			
歩行(形態: _____)			
衣類の着脱			

## 被保険者の現在の状況

- ①  下肢 または  腰部 に疾病名: \_\_\_\_\_ による  
 麻痺  痛み  腫れ  その他( \_\_\_\_\_ ) がある
- ②  ふらつき  つまづき  視力低下  その他( \_\_\_\_\_ )  
による転倒のリスクが高い
- ③ 失禁の不安がある  はい  いいえ
- ④ 自分で排泄処理ができる  はい  いいえ
- ⑤ 尿意・便意がある(伝えることができる)  はい  いいえ
- ⑥ 被保険者は  独居(別世帯に介助者が  いる  いない)  
→ 独居の場合、介護サービス従事者(訪問サービス系)を週 \_\_\_\_\_ 回利用している  
 家族はいるが日中は独居状態  常時家族がいる

## ポータブルトイレ購入に至る経緯を記入してください

- ポータブルトイレの必要性について医療従事者から指示を受けている  
 はい(病院名: \_\_\_\_\_ の  医師  療法士)  いいえ

## ポータブルトイレ設置後について

- ポータブルトイレを設置することで、被保険者の自立支援となる  
設置後の介護サービスの予定について  通所サービス  訪問サービス  福祉用具貸与  
 住宅改修  短期入所  施設入所
- 介助者への負担軽減が図ることができる

【記入者】事業所名 \_\_\_\_\_

担当 \_\_\_\_\_

こちらのシートは、専門職の意見を受けて作成しています。被保険者の情報を関係者間で共有するために活用してください。本庄市への提出は任意としますが、上記の情報を基に「福祉用具が必要な理由」を記入してください。