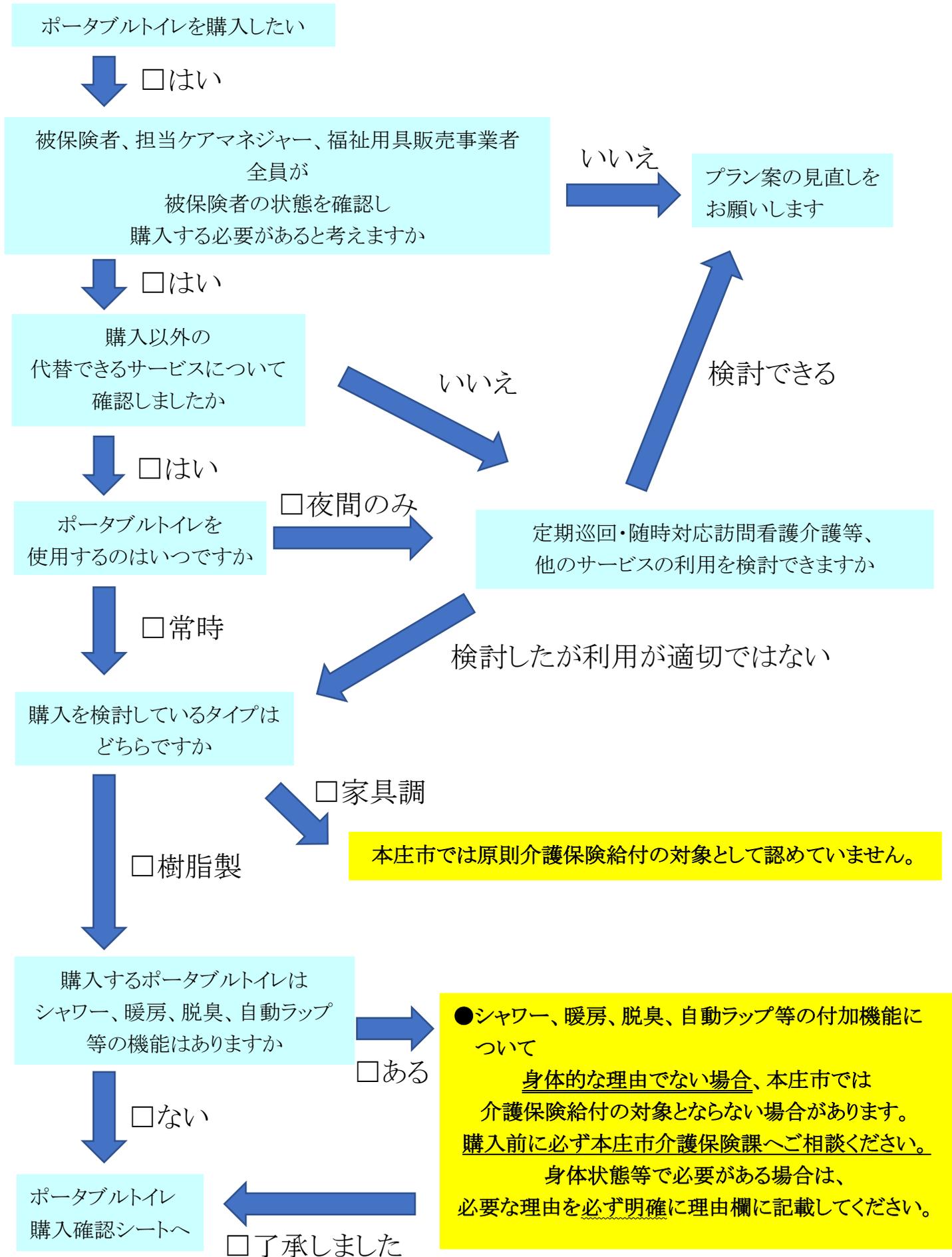


ポータブルトイレ購入前確認フローチャート

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。