排せつの状態に関するスクリーニング・支援計画書

評価日令和　　　年　　　月　　　日　　計画作成日令和　　　年　　　月　　　日

氏名 殿 男 女

明・大・昭・平　　　年　　　月　　　日生（　　　歳）

記入者名

医師 名

看護師名

排せつの状態及び今後の見込み

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 施設入所時  （利用開始時） | 評価時 | ３か月後の見込み | |
| 支援を行った場合 | 支援を行わない場合 |
| 排尿の状態 | 介助されていない  見守り等  一部介助  全介助 | 介助されていない  見守り等  一部介助  全介助 | 介助されていない  見守り等  一部介助  全介助 | 介助されていない  見守り等  一部介助  全介助 |
| 排便の状態 | 介助されていない  見守り等  一部介助  全介助 | 介助されていない  見守り等  一部介助  全介助 | 介助されていない  見守り等  一部介助  全介助 | 介助されていない  見守り等  一部介助  全介助 |
| おむつ  使用の有無 | なし  あり（日中のみ・  夜間のみ・終日） | なし  あり（日中のみ・  夜間のみ・終日） | なし  あり（日中のみ・  夜間のみ・終日） | なし  あり（日中のみ・  夜間のみ・終日） |
| ポータブル  トイレ  使用の有無 | なし  あり（日中のみ・  夜間のみ・終日） | なし  あり（日中のみ・  夜間のみ・終日） | なし  あり（日中のみ・  夜間のみ・終日） | なし  あり（日中のみ・  夜間のみ・終日） |

※排尿・排便の状態の評価については「認定調査員テキスト2009 改訂版（平成30年 4月改訂）」を参照。

|  |
| --- |
| 排せつの状態に関する支援の必要性  あり　　　　　　なし |

支援の必要性をありとした場合、以下を記載。

|  |
| --- |
| 排せつに介護を要する要因 |

|  |
| --- |
| 支援計画 |

説明日　令和　　年　　月　　日

説明者氏名