別紙様式６

**排せつの状態に関するスクリーニング・支援計画書**

**（※）：任意項目**

記入者名：　　　　　　　　　　医師名：　　　　　　　　　　看護師名：

**【利用者情報】**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | | |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 | 保険者番号 |  |
| 性別 | □男　　　　　□女 | 被保険者番号 |  |

**【基本情報】**

|  |  |
| --- | --- |
| 要介護度 | □要支援１　□要支援２　□要介護１　□要介護２　□要介護３　□要介護４　□要介護５ |
| 障害高齢者の日常生活自立度 | □自立　□J1　□J2　□A1　□A2　□B1　□B2　□C1　□C2 |
| 認知症高齢者の日常生活自立度 | □自立　□Ⅰ　□Ⅱa　□Ⅱb　□Ⅲa　□Ⅲb　□Ⅳ　□Ｍ |
| 評価日 | 年　　　月　　　日 |
| 評価時点 | □サービス利用開始時　□サービス利用中　□サービス利用終了時 |

**【排せつの状態】**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ADL | 自立 　 一部介助 　 全介助  ・トイレ動作 　　 □10　　 □５　 □０  ・排便コントロール □10　　 □５　 □０  ・排尿コントロール □10　　 □５　 □０ | |
| （上記のいずれかで一部介助の場合）見守りや声かけ等のみで「排便・排尿」が可能 | | □はい　　□いいえ |

**【排せつ支援に係る取組】**

|  |  |
| --- | --- |
| おむつ | □なし　□夜間のみあり　□日中のみあり　□終日あり |
| ポータブルトイレ | □なし　□夜間のみあり　□日中のみあり　□終日あり |
| 尿道カテーテル | □なし　□あり |
| 人工肛門 | □なし　□あり |
| トイレへの誘導・促し | □なし　□あり |

**【排せつに関する支援の必要性】**

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

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（※） |

計画作成日 　　　　　年　　　月　　　日

|  |
| --- |
| 支援計画（※） |

上記の内容、及び支援開始後であってもいつでも希望に応じて支援計画を中断又は中止できることについて説明を受け、理解した上で、支援計画にある支援の実施を希望します。

　　　年　　　月　　　日

氏名