

# 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 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	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