

別紙様式6

排せつ支援計画書

計画作成日 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

	計画作成時点	6 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
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

※排せつ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 27 年 4 月改訂）」を参照。

排せつに介護を要する原因

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。

平成 年 月 日

氏名

※以下は加算の算定を終了した後に記載すること

加算終了時点の排せつに関する状態

排尿の状態	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

総括（実際に行った支援の内容、見込みとの差異があればその理由等を記載）

上記について説明を受け、理解しました。

平成 年 月 日

氏名