

身体拘束に関する説明書・経過観察記録

緊急やむを得ない身体拘束に関する説明書

1 _____様の状態が下記の ABC 全てを満たしているため、緊急やむを得ず下記の方法と期間等において最少限度の身体拘束を行います。

2 ただし、解除することを目標に鋭意検討を行うことを約束いたします。その際の検討内容につきましても、どうぞ一緒にご相談にのって頂けますようお願い致します。

記

- A ご利用者ご本人、又は他のご利用者の生命、身体が危険にさらされる可能性が著しく高い
- B 身体拘束その他の行動制限を行う以外に代替する看護・介護方法がない
- C 身体拘束その他の行動制限が一時的である

個別の状況による拘束の必要な理由	
------------------	--

そこまでに至った 実施アセスメント内容 (PT・OT 評価含)	
身体拘束の方法 (場所・行為 (部位・内容))	
拘束の時間帯及び時間	
拘束開始及び解除の予定	
再アセスメント予定日	

令和 年 月 日

医療対応型リハビリナーシング プレシア天白

施設長 印

記録者 印

前記の件について説明を受け、確認いたしました。

令和 年 月 日

氏名
(本人との続柄)

【記録1】

緊急やむを得ない身体拘束に関する説明書、および同意書

様

- 1 あなたの状態が下記のABCをすべて満たしているため、緊急やむを得ず、下記の方法と時間等において最小限度の身体拘束を行います。
- 2 ただし、解除することを目標に鋭意検討を行うことを約束いたします。

記

- A 入所者（利用者）本人又は他の入所者（利用者）等の生命又は身体が危険にさらされる可能性が著しく高い
- B 身体拘束その他の行動制限を行う以外に代替する看護・介護方法がない
- C 身体拘束その他の行動制限が一時的である

個別の状況による拘束の必要な理由	
身体拘束の方法 〈場所、行為(部位・内容)〉	
拘束の時間帯及び時間	
特記すべき心身の状況	
拘束開始及び解除の予定	月 日 時から 月 日 時まで

上記のとおり実施いたします。

令和 年 月 日

医療対応型リハビリナーシングプレシア天白

代表者 _____ 印

記録者 _____ 印

(利用者・家族の記入欄)

上記の件について説明を受け、確認の上、同意します。

令和 年 月 日

氏名 _____ 印

(本人との続柄 _____)