

身体拘束に関する同意書

様

あなたの状態が下記に記した①・②・③をすべて満たしているため、緊急やむを得ず、下記の方法・時間において最小限の身体拘束を行います。ただし、身体拘束を解除することを目標に鋭意検討を行うことをお約束いたします。拘束中に発生した事故またはケガについての責任は負いかねますのでご了承ください。

- ① 切迫性：利用者本人又は、他の利用者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
- ② 非代替性：身体拘束その他の行動制限を行う以外に代替する介護、看護方法がない
- ③ 一時性：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	令和 年 月 日 時から 令和 年 月 日 時まで

上記の通り実施いたします。

令和 年 月 日 時 分

民間救急ケアメディック 代表者 _____

民間救急ケアメディック 説明者 _____

上記の件について説明を受け 同意いたします／同意いたしません ので、身体の拘束を行ってください／行わないでください。(○をつけてください)

令和 年 月 日 時 分

(代理人) 氏名： _____

本人との続柄 ()