身体抑制に関する説明・同意書

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様

上記の入居者の状態が下記のような Ａ Ｂ Ｃ すべてを満たしているため、やむを得ず、下記の方法と時間帯において最小限の身体抑制を行います。

記

Ａ．入居者本人、又は、他の入居者等の生命又は、身体が危険にさらされる危険性が著しく高い。 Ｂ．身体抑制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．身体抑制、その他の行動制限が一時的である。

身体抑制の方法 〈場所、行為（部位・内容)〉	
抑制の時間帯及び時間	
特筆すべき心身の状況	

上記の通り実施いたします。

平成　　年　　月　　日　　医療法人アガペ会

管理者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

同席者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

☐　私は、一時的身体抑制についての説明を受け、その内容を理解しましたので、
必要時、抑制されることに同意します。

☐　理解しましたが、同意いたしません。

平成　　年　　月　　日

☐　同意能力がなく、身内のない方の場合は、
病院長の署名とする。

本人署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代理人署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

本人との続柄（　　）

※代理人欄は本人が署名できない場合に記入