

身体拘束等に関する承諾書

■ 治療・検査・日常生活の援助等において、事故防止と安全対策のため、やむを得ないと破断した場合は、以下の内容で身体を拘束する事がありますので、承諾をお願いします。

	内容（方法）	理由	時間帯	場所
医療 対応 上 ケ ア	☐ 採血・点滴・検査時などに固定帯や職員の手で四肢や体幹を固定する	・ケア実施時に手でカテーテルなどを触る危険があり左記の内容を安全に行うため	・治療 ・検査が必要な時 ・医療的ケアが必要な時	病棟 手術室
	☐ 痰吸引や経管栄養注入などの実施時、固定帯や職員の手で四肢や体幹を固定する	・点滴、経管栄養、ドレーン等チューブ類の抜去防止のため		
日 常 生 活 上	☐ 車いす等ベルト (胸ベルト・股ベルト・足ベルトなど)	・車いす等からの転落を防止するため ・ ()	・乗車中や車いすでの移動時 ・療育活動時	病棟 ()
	☐ 車いす等紐	・車いす等の足底板から足が外れる事を防止するため ・良肢位をたもつため	・乗車中や車いすでの移動時 ・療育活動時	
	☐ 車いすテーブル	・車いすからの転落の防止のため ・上体と上肢の良肢位を保つため	・食事摂取時 ・活動時間	
	☐ サークルベッド ☐ 4点柵	・立ち上がりによる転落防止のため ・寝返りによる転落防止のため	・夜間の睡眠時 ・体調不良等でベッド上で安静が必要なとき	
そ の 他	☐ ミトン（靴下・手袋）	・チューブ、カテーテルの抜去防止のため ・自傷・他傷行為の防止のため ・手指の汚染、感染防止のため	・医療的ケアが必要な場合 ・就寝時など ・自傷・他害行為の防止が必要なとき	
	☐ 薬剤	・不眠時 ・激しい興奮を治めるため	・就床時など ・ ()	
	☐ 見守りカメラ	・疾病の症状観察をするため。 ただし行動制限を行わない。	・日常生活の時間帯 ・就床時	
	☐ その他 ()	・ ()	・ ()	

■ 「身体拘束の対象外とする行為」についての説明
治療・検査・日常生活の援助等において、必要な場合、以下の行為を実施する事がありますので、承諾をお願いします。

身体拘束の対象外の行為	内容（方法）	理由	時間帯	場所
	☐ ロンパース（つなぎ下着） ※乳幼児を除く	・手指の汚染や感染防止のため身体稼働を阻害しないつなぎ下着を使用する。	・日常生活の時間帯 ・就床時	病棟 手術室
	☐ 点滴ルートの固定用シーネ	・治療上必要な点滴ルートを保つためのシーネを治療行為として行うため	・術後の点滴治療など医療的ケアが必要な場合	

氏名 _____ 様の事故防止と安全のため身体拘束等が必要なことを説明しました。

令和 年 月 日
担当医師 _____ (自署)
担当部署長 _____ (自署)
説明者（担当職員） _____ (自署)

私は、上記身体拘束に関して説明を受け、その必要性について理解できました。
一時的に拘束されることを承諾します。

令和 年 月 日
本人・保護者 氏名 _____ (自署)
利用者との続柄 ()