

【様式1】

緊急やむを得ない身体拘束に関する説明書

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

施設長 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、確認いたしました。

令和 年 月 日

氏名 印
(本人との続柄)

【様式2】

以上契約書及び重要事項説明書、個人情報の取り扱い、身体拘束に関する説明について担当者より説明を受け、十分理解の上同意し、契約が成立したことを証するため本契約書2通を作成し、利用者及び事業者は記名押印の上、各自1通を保有するものとする。

年 月 日

事業者

事業者	所在地	〒999-6603 山形県東田川郡庄内町添津字家の下97			
		電話番号	0234-51-1100	FAX	0234-56-2236
	事業者名	医療法人 徳洲会 介護老人保健施設 あかね			
	代表者	理事長 東上 震一			㊞
	指定番号	0653080002		指定都道府県名	山形県

利用者

利用者	住所	〒 -					
		電話番号	() -	FAX	() -		
氏名					㊞		
	代筆者		続柄				
身元引受人	住所	〒 -					
		電話番号	() -	FAX	() -		
	氏名				㊞	続柄	
	勤務先	名称					
		電話番号					
連帯保証人	住所	〒 -					
		電話番号	() -	FAX	() -		
	氏名				㊞	続柄	
	補償限度額	万円					
	勤務先	名称					
		電話番号					

【 請求書・明細書及び領収書の発送先（支払者） 】

氏名 続柄
住所 〒 -
電話番号 () -