

緊急やむを得ない身体拘束に関する経過観察・検討記録（初回）（様式2）

利用者	様	年齢	歳	障害者区分	
開始日	年 月 日		解除日	年 月 日	

検討参加者	
記録者	次回検討予定 月 日頃

切迫性があるか	はい	いいえ
① ご本人の生命身体にどのような危険が考えられるか		
② 他者の生命身体にどのような危険が考えられるか		
他の方法で対処できるか	はい	いいえ
拘束以外の方法を試みた結果		
一時的か	はい	いいえ
どのような状態になれば拘束を解除できるか		
医師の指示はあるか	はい	いいえ
家族への連絡はしたか	はい	いいえ
家族の同意	あり	なし
① 連絡したもの		
② 連絡を受けた家族		
拘束等の種類		
4点柵 つなぎ服 ミトン 車椅子後ろブレーキ 車椅子+テーブル その他 () ※具体的に		
拘束等の時間帯		
臥床時 24時間 経管栄養注入時 車椅子座位時		
その他 () ※具体的に		