**月分身体的拘束等実施報告書**

報告日：　　年　月　日

１．事業者の概要

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 法人名 |  | 事業所名 |  |
| サービスの種類 |  | 事業所番号 |  |
| 事業所住所 |  | | |
| 電話番号 |  | 記録者職氏名 |  |

２．利用者の状況

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | 年齢 |  | 性別 |  | 介護度 |  |
| 保険者名 |  | 被保険者番号 | |  | | | |
| 住所 |  | | | | | | |

３．概要

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 拘束の時間帯 |  | | ※該当される日に○を付けてください  1　2　3　4　5　6　7　8　9　10  11 12 13 14 15 16 17 18 19 20  21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 | |
| 場所 |  | | | |
| 個別の状況による拘束の必要な理由 | ※緊急性・非代替性・一時性の観点から記載すること。 | | | |
| 拘束の方法（行為（部位・内容）） |  | | | |
| 特記すべき心身の状況 |  | | | |
| 同意書の有・無 | 有　・　無 | 家族への連絡日時 | |  |
| 解除の予定 |  | | | |

４．今後の対応

|  |  |
| --- | --- |
| 抑制廃止に向けた対応等 |  |