

身体拘束 当日記録・再評価シート A4 v4

用途：身体的拘束を実施した当日の記録整理用。「公式上の記録事項」と、解除・再評価まで追うための実務補助項目を分けて記載します。院内規程・運用ルールを優先してください。

基本情報

患者ID		氏名		病棟	
記録日		記録者		職種	

1. 公式上の記録事項（身体的拘束を行う場合の基本記録）

必須確認：態様及び時間／患者の心身の状況／緊急やむを得ない理由

態様・部位・用具	
開始時刻	
解除・終了時刻	
患者の心身の状況	
緊急やむを得ない理由	

2. 必要性評価・代替策（実務上の補助記録）

危険行動・具体的状況	
代替策と結果	例：見守り強化／環境調整／疼痛・排泄・不快の確認／声かけ等 実施した内容と、その結果を具体的に記録：

3. 実施中の観察・安全確認

観察項目	☐ 表情・苦痛 ☐ 体動・拒否 ☐ 皮膚・循環 ☐ 呼吸状態 ☐ その他（ ）
観察頻度・タイミング	院内指針、拘束の態様、患者の状態に応じて設定：

4. 再評価・解除検討

再評価時刻		判断	☐ 継続 ☐ 解除 ☐ 解除トライ
再評価所見・判断根拠			
解除条件・解除トライ結果			
次回評価時刻		二次障害予防	☐ 皮膚 ☐ 循環 ☐ 関節・肢位 ☐ その他

5. 説明・共有・申し送り

患者・家族への説明等	説明・同意等の院内運用に沿って、実施内容・必要性・解除検討などを記録：
共有・申し送り	共有先： ☐ 医師 ☐ 看護師 ☐ 家族 ☐ 多職種 ☐ 次勤務者 ☐ その他（ ） 共有内容：

最終確認

☐ 態様と時間が記録されている ☐ 心身の状況が具体的 ☐ 緊急やむを得ない理由が記録されている
☐ 代替策と結果が追える ☐ 再評価・解除検討が追える ☐ 次担当へ共有できる

※本シートは記録を補助するための様式です。法令・診療報酬・院内指針に基づく正式な記録や手続きを代替するものではありません。