

# 身体拘束廃止計画書

利用者様  
氏名 \_\_\_\_\_ ( 男・女 ) 生年月日 ( M T S ) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 歳

計画年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

## 利用者様の状態

<input type="checkbox"/> 切迫性	<input type="checkbox"/> 非代替性	<input type="checkbox"/> 一時性	( <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 )
------------------------------	-------------------------------	------------------------------	---

## 想定される原因

--

## 具体的対策

--

## 具体的スケジュール

--

## 備考

--

施設長	副施設長	事務長	課長	関係職員