

患者さまならびにご家族の方へ

## 行動制限に関する説明書・同意書

当院におきましては、日ごろより患者さまの医療安全に留意し、努力しております。

しかし、予測できない状況が発生する場合もあり、様々な角度から対策を考え、医療安全に備える必要があります。患者さまができるだけ安全に入院生活を送り、より確実に治療を受けていただけるよう、状況に応じて体や手足の抑制、病室への拘束などを行う場合があります。

実施にあたっては、当院の行動制限基本方針に沿って、事前に患者さま、又はご家族の了解を得て行いますが、医師又は看護師により緊急性があると判断した場合は、事後承諾とさせていただきます場合がありますのでご了承願います。その場合は緊急で行動制限を施行した旨を医師から説明いたします。

患者さま、ご家族の方におかれましては、以上の趣旨と内容をご理解の上、ご本人又はご家族の同意をお願いします。

以上のことにつきまして、入院時に主治医が説明いたしますが、不明な点はお尋ねください。

なお、危険の予測として以下の状況が考えられます。

1. 麻酔後の覚醒、手術後の譫妄状態がある場合
2. 意識の障害がある場合
3. 生命維持、回復のために必要なチューブ類が留置されている場合
4. 自傷の危険性がある場合
5. 他人に害を及ぼす危険性がある場合
6. 院内感染対策上必要な場合
7. その他、生命の危険性が考えられる場合

滋賀県立総合病院 病院長

病棟主治医（ ）

立会者（ ）

### 同 意 書

安全のために行動制限が必要な場合は、上記の内容を理解し、同意いたします。

年 月 日

患者氏名 \_\_\_\_\_

保護者氏名 \_\_\_\_\_

本人との続柄（ ）

この同意書は入院後、主治医に提出してください。