身体拘束解決話し合い結果記録書

令和　　年　　月　　日

【記録者：身体拘束通報受付担当者氏名　　　　　　　　　】

通報者（被虐待者）氏名： （利用者本人でない場合の代理人氏名：　　　　　　　　　　）
身体拘束防止対応責任者氏名：
【身体拘束の内容に関する被虐待者等の意見・希望】
【身体拘束の内容に関する虐待防止対応責任者の意見・対応策】
【身体拘束の内容に関する第三者委員の意見・解決策】
【改善を約束した内容】
【話し合いが不調となった原因・意見の相違点】 （次回話し合いの日時：令和　年　　月　　日（　　）　　　　時　　　　分～）

被虐待者（代理人）氏名：　　　　　　　　　　　印