

サービス種別(下記から選択して下さい。)

| 通所介護              | 提供の可否 | 特記すべき事項             |
|-------------------|-------|---------------------|
| 杖歩行者への対応          | 可     |                     |
| 車いす利用者への対応        | 可     |                     |
| 寝たきり者への対応         | 可     |                     |
| 鼻注栄養者への対応         | 可     |                     |
| 胃瘻造設者への対応         | 可     |                     |
| 中心静脈点滴を行っている者への対応 | 否     |                     |
| 処置を伴う褥瘡がある者への対応   | 可     |                     |
| 人工肛門造設者への対応       | 可     |                     |
| 膀胱留置カテーテル者への対応    | 可     |                     |
| 膀胱瘻・腎瘻の者への対応      | 可     |                     |
| 気管切開者への対応         | 可     |                     |
| 喀痰吸引の実施           | 可     |                     |
| 人工呼吸器装着者への対応      | 否     |                     |
| 在宅酸素療法者への対応       | 可     |                     |
| 人工透析者への対応         | 可     |                     |
| 終末期の者への対応         | 可     |                     |
| 真菌症のある者への対応       | 可     |                     |
| 疥癬のある者への対応        | 否     | 主治医意見のもと検討させていただきます |
| B・C型肝炎のある者への対応    | 可     |                     |
| MRSA陽性者への対応       | 否     | 主治医意見のもと検討させていただきます |
| HIV陽性者への対応        | 否     | 主治医意見のもと検討させていただきます |
| 梅毒反応陽性者への対応       | 可     |                     |
| 聾・難聴者への対応         | 可     |                     |
| 意識障害のある者への対応      | 否     | 主治医意見のもと検討させていただきます |
| 全盲・弱視者への対応        | 可     |                     |
| 失語症のある者への対応       | 可     |                     |
| 認知症等で記憶障害のある者への対応 | 可     |                     |
| 幻覚・妄想のある者への対応     | 可     |                     |
| 徘徊のある者への対応        | 可     |                     |
| 異食のある者への対応        | 可     |                     |
| 精神障害のある者への対応      | 可     |                     |
| 知的障害のある者への対応      | 可     |                     |

|                     |    |                   |
|---------------------|----|-------------------|
| 健康診断書の必要性           |    |                   |
| サービス利用時に健康診断書の提出の必要 | 必要 | 取得できない場合は、ご相談ください |