

サービス種別(下記から選択して下さい。)

| | 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 | 可 | |
| 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 | 可 | |
| 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 | 可 | |
| B・C型肝炎のある者への対応 | 可 | |
| MRSA陽性者への対応 | 可 | |
| HIV陽性者への対応 | 可 | |
| 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 | 可 | ご家族の同意が必要。 |
| 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 | ご家族の同意が必要。 |
| 幻覚・妄想のある者への対応 | 可 | ご家族の同意が必要。 |
| 徘徊のある者への対応 | 可 | ご家族の同意が必要。 |
| 異食のある者への対応 | 可 | ご家族の同意が必要。 |
| 精神障害のある者への対応 | 可 | ご家族の同意が必要。 |
| 知的障害のある者への対応 | 可 | ご家族の同意が必要。 |

| | |
|---------------------|-----|
| 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 | 不必要 |