

病名・病状による入居の目安・入居の判断基準

病名・症状	ご入居の目安			備考
	可	相談	不可	
<input type="checkbox"/> 認知症(アルツハイマー)		●		周辺症状による
<input type="checkbox"/> 異食行為有			●	
<input type="checkbox"/> 迷惑行為有			●	
<input type="checkbox"/> 在宅酸素	●			管理が必要
<input type="checkbox"/> 人工肛門(ストマ)		●		自己管理、医療行為必要
<input type="checkbox"/> 人工透析		●		通院の必要あり
<input type="checkbox"/> 糖尿病(インシュリン)		●		自己管理、内服療法の方
<input type="checkbox"/> 脳梗塞後遺症		●		状態による
<input type="checkbox"/> 経管栄養(胃ろう等)		●		家族の協力等の相談
<input type="checkbox"/> 心疾患(ペースメーカー)		●		定期受診必要あり
<input type="checkbox"/> パーキンソン病		●		状態による
<input type="checkbox"/> リュウマチ	●			
<input type="checkbox"/> 末期がん		●		状態による
<input type="checkbox"/> 多発性硬化症			●	
<input type="checkbox"/> 気管切開(吸引)			●	
<input type="checkbox"/> 皮膚疾患 疥癬			●	
<input type="checkbox"/> バルン		●		自己抜去しない方
<input type="checkbox"/> IVH			●	
<input type="checkbox"/> 肝炎		●		
<input type="checkbox"/> 結核			●	
<input type="checkbox"/> 梅毒	●			
<input type="checkbox"/> HIV			●	
<input type="checkbox"/> MRSA		●		
<input type="checkbox"/> 寝たきりの方		●		状態による

その他、ご不明な点などありましたらご相談ください。