

ケア・サポート

C S セット R 紙おむつプラン追加導入のお知らせ

平素より、当院の医療・看護方針にご理解とご協力をいただきまして厚く御礼申し上げます。

当院では、C S セット R を導入しておりますが、この度 2026 年 10 月 1 日（木） より、紙おむつを日額定額制にてご利用いただける「紙おむつプラン」を新たに追加させていただくこととなりました。この「紙おむつプラン」の追加によって、患者様およびご家族の皆様へのさらなるサービスの向上を目指してまいります。

紙おむつプランのメリット

- ① 紙おむつの購入や補充の手間が無くなります。
- ② 日額定額制の為、一時的な体調の変化で使用枚数が増えた場合でも 1 日の料金は変わりません。
- ③ 排泄ケアの向上を目的とした紙おむつを使用していますので、おむつかぶれやムレを防止することができます。
- ④ 退院時に紙おむつが余って無駄になることがありません。

※詳しいプラン内容に関しましては、別紙【C S セット R のご案内】をご覧ください。

尚、現在当院より提供している紙おむつの販売は、C S セット R との重複を避けるため、2026 年 9 月 30 日（水）をもって終了させていただきますのでご了承ください。

紙おむつプランにお申込みされない方は、ご自身でご準備いただきますようお願いいたします。

 申込書記入例を参考にご記入ください。

ご不明な点などございましたら、下記病院指定業者までお問合せください。

何卒、ご理解・ご協力のほどよろしくお願いいたします。

病院指定業者 株式会社エラン

松本本社 〒390-0826 長野県松本市出川町 15-12

0120-919-821

(9:00~19:00 土・日・祝日・年末年始除く)

▶申込書記入例

紙おむつプランをお申込みの方は、**おむつプラン①の利用開始日**をご記入ください。

I		エラン控		CSセットR利用申込書		例		I	
ご確認いただく事項 (1) 私はCSセットR利用にあたり、CSセット・CSセットR利用規約に同意します。 (2) 私はCSセットR利用にあたり、個人情報取扱の取扱いに同意します。 (3) 私は医療費/介護費等の個人情報を信用保証会社が指定する方法で提供することに同意します。									
① 私は、上記項目を全て確認し、申込を行います。(ご確認いただけましたら□にチェックをお願いします)									
② 記入日 2026 年 10 月 1 日 ※事情により医療費/介護費のお支払いが遅延した場合、信用保証会社が立替払いを行います。立替払いを行った医療費/介護費は信用保証会社よりご請求いたします。									
③ ご利用者様	氏名	フリガナ マツモト	タロウ	印又はサイン	印	生年月日	明治 大正 昭和 平成 令和	性	男性
	姓	松本	太郎			XY 年 XX 月 XX 日		別	女性
	住所	〒000000-000000			都道府県	市区	印鑑がない場合はサインでも構いません		
	TEL	第一連絡先(必須) ※ 普段連絡のつく携帯電話など			建物名・部屋番号				
※契約者が未成年者の場合、申込について等、確認のご連絡をする場合があります。									
④ ご契約者様 料金をお支払いになる方	氏名	フリガナ マツモト	ハナコ	印又はサイン	松本	生年月日	明治 大正 昭和 平成 令和	性	男性
	姓	松本	花子			XX 年 XX 月 XX 日		別	女性
	住所	〒000000-000000			都道府県	市区郡	長野 松本市		
	TEL	第一連絡先(必須) ※ 普段連絡のつく携帯電話など			建物名・部屋番号				
代筆の場合は、代筆された方のお名前をご記入ください									
⑤ 申込内容	商品コード	商品名 (希望商品欄に○をつけてください)			1日	月	日	備考欄	
		Sプラン			¥ 759				
		おむつプラン①			¥ 605	10月	1日		
		おむつプラン②			¥ 506				
		おむつプラン③			¥ 308				
【おむつプランにお申し込みの方】 おむつプラン①の開始日をご記入ください ※看護部にてご本人様のご容態に合わせてプランを調整いたします。									
生活保護の方は「S」に○をお願いします おむつ代の請求先の市を【備考欄】にご記入ください									
利用区分 新規 再利用 S 交付相当									
CSセットRは株式会社エランとの契約です 株式会社エラン【請求書送付元 〒390-0800 572-シミズ病院									
8042-05 572-シミズ病院									