

ケア・サポート

C S セット 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)

洛西ニュータウン病院

▶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。

例

エラン控

CSセット利用申込書

CSセットは株式会社エランとの契約です

① A. 開始日から終了日までの全日数分の料金が発生します ⇒ 配布の有無に関わらず、日額定額制です。
 B. 退院日/退所日も請求に含まれます ⇒ 午前中の退院/退所でも、24時を過ぎた時点で日額計算対象となります。
 C. 病院/施設でのお支払いはいただけません ⇒ お申込み時に選択した方法で請求されます。
 D. 月ごと(月末締め)の請求書をお送りいたします。ご不明な点は、お問い合わせください。
 E. 利用プランを変更する場合は、お申込み時にご選択のプランと異なるプランへ変更する必要があります。
 F. 個人情報の取扱いについて ⇒ 別紙「個人情報の取扱いについて」を確認し同意します。

☒ 私は、上記A～Fを確認し、十分理解しCSセットの利用に申込します。
 チェックのうえ、申込書記入にお進みください。

② 記入日 2026 年 10 月 1 日

印鑑がない場合は
サインでも構いません

③ 利用者様	フリガナ	マツモト	タロウ	生年月日	明治 大正 昭和 平成 令和	性	男性
	姓	松本	名	太郎	XX 年 XX 月 XX 日	別	女性

※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 契約者様	フリガナ	マツモト	ハナコ	印又はサイン	生年月日	明治 大正 昭和 平成 令和	性	男性
	姓	松本	名	花子	松本	XX 年 XX 月 XX 日	別	女性

住所(請求書送付先)

〒0000-0000 長野 松本市

町村名・番地 〇〇町〇丁目〇番地 建物名・部屋番号

TEL 第一連絡先(必須) ※ 普段連絡のつく携帯電話など 第二連絡先 ※ 自宅など

0X - 0000 - 0000 0X0 - 0000 - 0000

⑤ 商品コード 商品名 1日単価(円)

Aプラン	¥ 471.9	月	日
おむつプラン①	¥ 605	10 月	1 日
おむつプラン②	¥ 506	月	日
おむつプラン③	¥ 308	月	日

代筆の場合は、代筆された方のお名前をご記入ください

〇〇市

利用区分 新規・再利用 S

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

【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。

代筆 岡上(本人ご了承済)