

勤医協札幌西区病院では、院内の感染対策と
より手厚い看護を行うためにCSセットを導入しています

2020年10月

入院患者様・ご家族の皆様

公益社団法人 北海道勤労者医療協会
勤医協札幌西区病院

ケア・サポート CSセット導入のお知らせ

平素より患者様、ならびにご家族の皆様には、当院の医療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。

この度、西区病院ではケアの質向上、コロナウイルス感染症における感染対策
の一環として、10月1日から紙おむつ・日用品の日額レンタルサービスを導
入し、ご利用をお願いしております。

※ケアの質向上 医療用の高性能な商品、サイズの取り揃え、吸収量の異なる
豊富なパットをご容態にあわせて、看護職員が選定し使用
します。

※感染対策 病院内への人の出入りを極力減らし、感染対策に努めてい
ます。持ち込みが増えるとそれだけリスクも高まります。

CSセットには、「紙おむつプラン」と「タオルレンタルプラン」があります。

◆紙おむつプラン

入院生活で使用いただく紙おむつ類の日額定額制サービスです。スキントラ
ブル等を防止し、ケアをより充実されることを目的としております。

紙おむつの購入・持込みのお手間が不要です。

◆タオルレンタルプラン

入院生活で使用いただくタオル類の日額定額制サービスです。入院時により
少ない持ち物で病院にお越しいただく事が可能です。タオル類は定期交換し、
清潔を保つとともに、プランに申し込んでいただきますと消耗品を必要に応じ
てお使いいただけます。

歯ブラシ、コップ、入れ歯洗浄剤、ティッシュなどがあります。インフルエン
ザなどが流行した場合には、消耗品の全てを交換することで感染対策にもなり
ますので、安心して療養生活を送っていただけます。

ぜひ、CSセットの導入にご協力をお願いいたします。

CSセットとは？

入院の際に必要なタオル類・日用品・紙おむつ類を
日額定額制のレンタルでご利用いただけるサービスです



ご利用のメリット

入院準備や補充のお手間が軽減されます

タオル類は全てお洗濯付きです

高性能な紙おむつをご使用いただけます

タオルレンタルプランメニュー表

タオル類の交換は、定期交換が基本です
その他、必要な場合は病院職員までお申し出ください

● **基本プラン** **209円** (税込) × 契約日数 (税抜: 190円)



【タオル類】

- ・大判タオル
- ・フェイスタオル
- ・おしぼり

● 消耗品

基本プランをご利用の方は、必要に応じて下記の消耗品をお使いいただけます



- | | | |
|-----------|-------|-----------|
| ・コップ | ・歯ブラシ | ・入れ歯ケース |
| ・ストローコップ | ・歯磨き粉 | ・入れ歯洗浄剤 |
| ・ストロー | ・舌ブラシ | ・入れ歯洗浄ブラシ |
| ・BOXティッシュ | | |

※リンスインシャンプー・ボディソープは浴室に備え付けがございます

● **口腔用品プラン** **286円** (税込) × 契約日数 (税抜: 260円)



【タオル類】

- ・大判タオル
- ・フェイスタオル
- ・おしぼり

● 消耗品

口腔用品プランをご利用の方は、必要に応じて下記の消耗品をお使いいただけます



- | | | |
|-----------|----------|-----------|
| ・コップ | ・口腔スポンジ | ・入れ歯ケース |
| ・ストローコップ | ・口腔ジェル | ・入れ歯洗浄剤 |
| ・ストロー | ・口腔ティッシュ | ・入れ歯洗浄ブラシ |
| ・BOXティッシュ | ・舌ブラシ | |

※リンスインシャンプー・ボディソープは浴室に備え付けがございます

紙おむつプランメニュー表

病院職員の意見を参考にお選びください
紙おむつプランは、ご容態に応じてプランを変更する場合がございます

● **紙おむつプラン①** **451円** (税込) × 契約日数
(税抜: 410円)



- ・1日中おむつを着用し、定期的に尿とりパッドを交換される方向け

● **紙おむつプラン②** **253円** (税込) × 契約日数
(税抜: 230円)



- ・リハビリパンツを着用し、トイレ誘導を必要とされる方向け
- ・尿の管を挿入され、おむつを着用されている方向け

※紙おむつプランは条件により医療費控除の対象となります ※詳細は税務署にご確認ください

ご利用上の注意点

- 開始日から終了日までの全日数分の料金が発生いたします
- 配布の有無・使用枚数に関わらず、日額定額制です
- 退院日も請求に含まれます

お申込み方法

ご希望のプランをお選びの上、CSセット申込書へ
名前、性別、生年月日、住所、電話番号、プラン名、開始日を
記入し、病院職員までご提出ください

※お支払い方法、お問合せにつきましては、裏面をご覧ください