

# 生活用品等の使用について

紙おむつ等（以下「物品」とします）下表の物品に関しては、ご家庭で準備して頂くか、当センターが用意した物品を使用するかを選択ができることになっています。当センターが用意する場合は保険対象外となりますので、希望される場合は下記の同意書に署名をして頂き、その代金をお支払いください。なお、入院当初や手術、外来診療など緊急やむなく当センターの物品を使用する場合があります。その際は所定の代金をお支払い願います。

※病衣は原則として使用を開始（入院）した日から退院までの契約となります。

## 同意書

生活用品等について貴センターの説明を受け了解いたしましたので、下表の物品を使用した場合、その代金を支払うことに同意いたします。

| 品名                                 | 単位    | 金額（税込） |
|------------------------------------|-------|--------|
| 病衣レンタル                             | 1日につき | 110円   |
| 紙おむつ（大人用）パンツ型 各サイズ                 | 1枚    | 158円   |
| 紙おむつ（大人用）テープ型 各サイズ                 | 1枚    | 168円   |
| 紙おむつ（大人用）フラット型                     | 1枚    | 65円    |
| 尿取りパット                             | 1枚    | 21円    |
| ティッシュペーパー                          | 1箱    | 77円    |
| 歯ブラシ                               | 1本    | 110円   |
| 歯みがき粉                              | 1本    | 286円   |
| T字カミソリ 3本入                         | 1袋    | 369円   |
| シェービングフォーム                         | 1本    | 429円   |
| ブラコップ                              | 1個    | 17円    |
| ボディソープ                             | 1本    | 825円   |
| リンスインシャンプー                         | 1本    | 770円   |
| マウスウォッシュ                           | 1本    | 770円   |
| おしりふき                              | 1袋    | 440円   |
| 口腔用スワブ                             | 1本    | 29円    |
| 陰部清拭用ワイプシート                        | 1袋    | 255円   |
| マスク（患者用）                           | 1枚    | 55円    |
| 清拭タオル                              | 1枚    | 33円    |
| ドライシャンプー                           | 1本    | 1,320円 |
| 寝巻 各サイズ                            | 1枚    | 2,500円 |
| カット綿（8×16）                         | 1袋    | 187円   |
| サージカルパット（サンドガーゼ 30×30）             | 1枚    | 212円   |
| サージカルパット（滅菌サラフィット 60×60 3枚入）       | 1袋    | 2,530円 |
| ストーマ用装具（イレファインD キャップ 25mm 10枚入）非課税 | 1箱    | 7,300円 |
| ストーマ用装具（ポスパック K 20mm 10枚入）非課税      | 1箱    | 3,300円 |
| 皮膚保護剤（プロケアパウダー 50g）                | 1本    | 1,815円 |
| 皮膚保護剤（イーキンシール L 10枚入）              | 1箱    | 6,270円 |

大阪府立中河内救命救急センター所長様

令和 年 月 日 患者氏名 \_\_\_\_\_ 印

(代筆) 家族等氏名 \_\_\_\_\_ 印

(患者との続柄 \_\_\_\_\_ )

※自筆での署名の場合、押印は省略できます