

紙オムツ申込書

紙オムツ又は紙リハビリパンツ 1枚 225円 (1日/約2枚程度使用)
通常尿取りパット 1枚 120円 (1日/約4枚程度使用)
夜間尿取りパット 1枚 165円 (1日/約1枚程度使用)
オムツ及び尿取りパットの使用枚数は個人差によって異なりますのでご了承下さい。

紙オムツの使用を希望いたします。

使用開始日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

使用中止日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

病室番号： _____ 号室

患者様氏名： _____ 様

申込者氏名： _____ 様 患者様との続柄： _____

住 所： _____

電話番号： _____

注：

1. 項目等を変更する場合は再度リース申込書に記載願います。
2. 中止する場合は、直ちに病棟ナースステーションまでお申し出下さい。
3. 料金等に関することは受付までお申し出下さい。
4. オムツの持込は原則禁止としておりますのでご了承下さい。

受付窓口時間 月曜日から金曜日 午前8時30分から午後4時まで

土曜日 午前8時30分から午後0時まで

滝野川病院