入院のしおり

医療法人社団生和会
彩都
リハビリテーション病院

01 当院について

病院概要

法人名：医療法人社団 生和会　　名　称：彩都リハビリテーション病院　　標榜科目：リハビリテーション科・内科・歯科

病床数：120床（40床×3病棟）　　病床区分：回復期リハビリテーション病棟 120床

理　念　“自分らしさをとりもどす、精一杯のお手伝い”

リハビリテーションの方針

- 1日最大限の運動量（立ち上がり・歩行等）を実践し、日常生活動作の自立に向けた効率の良いリハビリテーションを提供します。
- 患者さまに十分な運動量を提供しながら、生活上必要な活動を、段階的に練習する方法を用います。運動の難易度を考慮したリハビリテーション・プログラム（退院後の生活をイメージした日常生活動作練習）を実践します。
- 早期に下肢装具を作成し、体に合った装具で1日最大限の活動量（立位・歩行等）を実践します。さらに、早期の経口摂取、有酸素運動、生活指導、自主練習指導なども実施します。
- 退院後の生活をイメージしながら、最適な住宅改修・福祉用具の提案を行います。

回復期リハビリテーション病棟とは

- 脳血管疾患や大腿骨頚部骨折などを発症した患者さまに対して、日常生活動作能力の向上と家庭復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に行う病棟です。

入院対象

	入院上限日数
脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシャント術後、脳腫瘍、脳炎、急性脳症、脊髄炎、多発性神経炎、多発性硬化症、腕神経叢損傷等の発症または手術後、義肢装着訓練を要する状態	150日
高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の脊髄損傷、頭部外傷を含む多部位外傷の発症または手術後	180日
大腿骨、骨盤、脊髄、股関節または膝関節、2肢以上の多発骨折の発症または手術後	90日
外科手術または肺炎等の治療時の安静により廃用症候群を有しており、手術後または発症後	
大腿骨、骨盤、脊髄、股関節または膝関節の神経、筋または靭帯損傷後	60日
股関節又は膝関節の置換術後の状態	90日

※上記の表は、制度上定められたものであり、どの回復期リハビリテーション病院においても同じです。

02 みなさまに関わる当院のスタッフ

医師

入院中の全身状態の管理、リハビリテーション治療の処方を行います。

看護師

日常の看護とともに療法士と連携して、日常生活動作練習も行います。

介護福祉士 看護助手

看護師と連携し、入院中の患者さまが安心してリハビリテーションを行えるよう、日常の介護を行います。

理学療法士 (PT)

起き上がる、立つ、歩くなどの動作ができるように、リハビリテーションを行います。

作業療法士 (OT)

食事、トイレ、更衣動作といった日常生活に必要な動作のリハビリテーションを行います。また、退院後の生活を想定した福祉用具、家屋改修プランの提案を行います。

言語聴覚士 (ST)

言語の障がいや、摂食、嚥下障がいなどのリハビリテーションを行います。

医療ソーシャルワーカー (MSW)

病気や障がいによって引き起こされる生活上のご相談に応じます。介護保険、その他さまざまな医療福祉制度、社会資源を活用できるよう支援します。

薬剤師

医師から処方されたお薬の管理を行います。また、必要に応じて、お薬についての相談もお受けします。

管理栄養士

入院中の食事の栄養管理献立の立案などを行います。また、退院後の食事についての相談もお受けします。

放射線技師

医師の指示を受け、X線撮影などを行います。

歯科医師・歯科衛生士

入院中における歯科治療や口腔ケアなどを行います。

事務員

入退院における事務手続き（入院費のお支払い、各種書類の受付など）を行います。

03 入院手続きに必要なもの

①**保険証**（原本）

▶ 保険請求関連に使用する目的で、保険証（公費含む）のコピーをいただきます。
▶ 保険証が変更された場合は、変更後の「保険証（原本）」を月が変わる前に1階受付へお持ちください。

②**印鑑**（本人及び代理人・連帯保証人）

▶ 印鑑はシャチハタ以外でお願いします。

③**入院申込書兼誓約書**（あらかじめご記入ください）

▶「代理人」は入院中の連絡の窓口になっていただける方でお願いします。

④**リース申込書〔委託依頼書(兼)同意書〕**（あらかじめご記入ください）

⑤**家屋状況についての調査票**（ご記入後、担当のリハビリスタッフへ提出してください）

04 入院生活に必要なもの

①日中着
②パジャマ
③下着
④靴下
⑤バスタオル（1回の入浴で2～3枚使用します）
⑥フェイスタオル（1回の入浴で2枚使用します）
⑦シャンプー、リンス（必要な方のみ：当院でもご用意できます）
⑧コップ（飲用と歯みがき用2個必要です）
（割れない素材のものでご用意ください）
⑨歯磨き粉
⑩歯ブラシ
⑪義歯（必要な方のみ）
⑫義歯洗浄剤（必要な方のみ）
⑬義歯安定剤（必要な方のみ）
⑭食事用エプロン（必要な方のみ）
⑮ティッシュBOX
⑯TVイヤホン
⑰靴（かかとを覆い、脱ぎ履きしやすいもの）
⑱髭剃り（電動、充電器）

※①～⑥までのものにつきましては、リース（有料）としてご利用できます。
※⑦～⑰までのものにつきましては、1階売店でも販売しております。
※すべての持ち物に、氏名の記入をお願いします。
※衣類は着脱しやすいゆったりとしたものをお願いします。
※患者さまの状態に応じて、リース変更等のご連絡をさせていただきます。

05 入院生活について

食事	・食事時間：朝7:40　昼12:00　夕18:00 ・食事制限をしている患者さまもおられますので、食物の持ち込みはご遠慮ください。 （どうしても持ち込みたい場合は、事前に医師または看護師にご相談ください。）
入浴	月曜日～土曜日の中で、週2回となります。 ・主治医から、おひとりでの入浴許可が出た患者さまは、 指定された曜日・時間内であればご自由に入浴ができます。
電化製品のご利用	・お部屋に備え付け以外の電化製品を持ち込まれて使用される場合は、 事前に看護師へご相談ください。（紛失、破損などの責任は負いかねますのでご了承ください） ・携帯電話の使用は1階フロアまたは各病棟の食堂でお願いします。
院内設備・備品の使用にあたって	・設備や備品の破損・紛失などがあった場合は、 実費を請求する場合がありますのでご了承ください。
洗濯	・外部業者による洗濯代行サービス（有料）を行っております。 尚、衣類などのリースもご用意しております。
面会	・面会時間は原則　8:30 ～ 20:00までとなっております。（全日）
お部屋の変更	・患者さまの病状の変化や、当院の管理上の都合などの理由で、 お部屋を変更させていただく場合があります。 ・個室（213号、215号、313号、315号、413号、415号）10,000円/日+税がかかります。 ・2床室（210号、310号、410号）4,000円/日+税がかかります。
外出・外泊	・外出、外泊は主治医の許可が出れば可能です。その際は外出、外泊届を病棟へ 提出してください。但し、リハビリの妨げになる頻回な外出、外泊はご遠慮ください。 ・退院前に試験外出、外泊をお勧めする場合がありますので、ご協力お願いします。
貴重品について	・貴重品は、お持ちにならないようお願いします。（原則、病院でお預かりできません。） （お部屋にセキュリティボックスがありますが、盗難、紛失などの 責任は負いかねますのでご了承ください。自己での管理をお願いします。）
売店	・1階カフェスペースにございますのでご利用ください。 【 営業時間 10:00～18:00(土・日・祝含む) 】
消灯	・消灯時間は21:00です。緊急時を除いて消灯後の電話はご遠慮ください。
喫煙について	・当院は敷地内禁煙となっております。（電子タバコ等も含む）
入院中の他院受診について	・当院主治医の判断により、他の医療機関の診察が必要と認められた場合のみ受診ができます。 その際、当院医師が紹介状<診療情報提供書>を作成し、当院が受診の手続きを行います。 他の医療機関から定期受診の指示があった場合も、当院主治医へご相談ください。 ・主治医の許可を得ずに、他の医療機関を受診された場合、医療費が実費（保険外）に なることがありますのでご注意ください。 ・外出、外泊中に他の医療機関へ受診される場合でも、入院中の扱いとなります。 また、ご家族のみの受診（薬のみなど）も同様となりますのでご注意ください。
各種診断書・証明書等の受付について	・1階受付へご依頼ください。【受付・受渡時間：月～金（祝日除く）9:00～17:00】 ・書類の内容によっては、ご記入出来ないものや、時間がかかる場合がございますので、 あらかじめ、ご了承ください。

06 入院費のお支払い

入院中のお支払いについて

①**請求書：**毎月1回（月末締め）翌月10日に発行いたします。
▶ 10日が土・日・祝となる場合は、翌平日に発行いたします。

②**配布方法：**請求書をお部屋の「レターボックス」へ配布いたします。
▶ ご都合の悪い方は、1階受付にお申し出ください。

③**支払期限：**請求書発行日の月末

退院時のお支払いについて

▶ 請求書の発行は、退院当日の朝に行いますので、1階受付へお寄りください。
▶ 後日支払、振込は受付しておりません。あらかじめご了承ください。
▶ 事前に概算金額をお知りになりたい場合は、1階受付までお問い合わせください。

お支払い方法について

▶ 病院1階の自動精算機をご利用ください。（終日利用可能です）※
▶ 入院費についてのお問い合わせは、1階受付までお願いします。

※「現金」もしくは「クレジットカード」にてお支払いいただけます。（VISA・マスターカード・JCB）4桁の暗証番号が必要となります。

07 退院について

①退院許可、退院時期については主治医と相談の上決定となります。

②詳細の日時については、担当ソーシャルワーカー（MSW）とご相談ください。
▶ 原則として平日の午前10時までに、ご退院をお願いします。

③お持ちいただくもの：保険証、印鑑、退院時精算金

④手続き
▶ スタッフステーションにお寄りください。（かかりつけ医・ケアマネージャー宛の「情報提供書など」をお渡しします）
▶ 1階受付にお寄りください。（入院費の請求書と、退院証明書などの必要書類、退院時処方をお渡しします）
▶ 職員に対しての心付けなどはお断りしております。

08 ご理解いただきたい事（ご家族などへ）

①入院期間について
▶ 疾患別で入院の上限日数が診療報酬上決められていますが（1ページ参照）これは、「必ずこの日数を保証する」というものではありません。患者様の病状を踏まえた上でリハビリテーションの目標を立て、その目標を達成するまでの期間が、当院での入院期間となります。その期間については、医師が専門的に判断し、患者さま、代理人さまにお話しさせていただきます。

②入院中の注意事項
▶ リハビリテーションを行う上で、患者さまの「意欲」というものは非常に重要です。入院生活は思っている以上にストレスがかかるものです。患者さまが精神的にも落ち着いて「意欲」を持ってリハビリテーションに励んでいただけるよう、出来る範囲で面会にお越しください。
▶ 当院はリハビリテーション病院ですので、ご自身でできることは行っていただきます。その為、転倒・転落の可能性はゼロではありません。できるだけそのようなことがないように努めますが、ご自身でできることを行っていただくことは、リハビリテーションを進める上で重要なことですのでご了承ください。
▶ 当院入院中に万が一お体の状態が急変した場合、近隣の病院へ転院していただきます。転院先は、患者さまのお体の状態、先方の受け入れ状況によって異なりますのでご了承ください。尚、転院の際はご家族の付添いをお願いします。

退院基準

- 当院入院中におけるリハビリテーションのゴール（目標）を達成した時。
- 全身状態により、リハビリテーションの継続が困難と当院医師が判断した場合。

以下の行為があった場合は、ご退院していただきます。

- 他の入院患者、ご家族、来客、病院関係者などに迷惑を及ぼしたり、当院の業務に支障をもたらした場合。（暴言、恐喝、恫喝、暴力、器物破損、理不尽な要求、占拠、無断離院、セクハラ行為など）[患者さまのご家族及び関係者によるものも含む]
- 医師及び医療従事者の指示及び「入院のしおり」に記載されている内容を守れない場合。
- リハビリテーションに対する拒否が続く場合。
- 入院費の未納や滞納があり、当院が定める期間内にお支払いいただけない場合。
- 当院敷地内における飲酒（ノンアルコール飲料も含む）や喫煙（電子タバコ等も含む）をされた場合。

09 相談窓口について

- 入院中の疑問、不安など（「この質問はどのスタッフに聞いたらいいんだろう?」ということも含む）、医療費や介護保険、障害者手帳、年金制度といった医療・福祉制度のご相談、転院先や介護施設のご相談などがございましたら、地域連携室スタッフまでご相談ください。（医療・福祉制度などに精通した医療ソーシャルワーカー〔MSW〕がいます）
【場所】：1階『地域連携室』　【相談時間】：平日9：00～17：00

10 個人情報の保護について

- お預かりした個人情報は、個人情報の取扱いに関する法律及び国が定める指針その他規範を遵守し、適切に管理・保護します。
- 取扱いについては、院内に掲げる「個人情報の利用目的及び取扱い」に定める以外の用途に利用することはございません。
- また、本人に了承を得ることなく個人情報を第三者に開示することはございません。

11 最後に

- 当院は、最大120名の方が同時に入院することができる病院です。
その入院患者さま全員に、ご自宅での生活とまったく同じような環境を提供することは困難です。
ご不便をかけることもあるかとは思いますが、あくまでも「集団生活の場」であることをご理解いただいたうえで、入院患者さま及びそのご家族各自がルールを守り、みなさんが快適に過ごすことができるよう、ご協力お願いします。

アクセスマップ

電車でお越しの場合

大阪モノレール

北大阪急行線	千里中央駅	約17分	彩都西駅
阪急京都線	南茨木駅	約17分	彩都西駅
阪急千里線	山田駅	約15分	彩都西駅

彩都西駅下車 徒歩約15分
無料シャトルバス 約3分

お車でお越しの場合

名神高速道路 茨木ICより約10分
名神高速道路・近畿自動車道 吹田ICより約15分
中国自動車道 中国吹田ICより約15分

シャトルバスについて

無料でご利用いただけます。なお、発着駅、運行時間、経由駅についてはお問い合わせください。

施設概要

- ▶名　　称：医療法人社団 生和会 彩都リハビリテーション病院
- ▶ベ ッ ト：回復期リハビリテーション病棟 120床
- ▶診療科目：リハビリテーション科・内科・歯科

医療法人社団生和会
彩都
リハビリテーション病院

〒562-0028 大阪府箕面市彩都粟生南1丁目1番20号
TEL.072-728-7770 FAX.072-702-1161
office@saito-rh.jp http://www.saito-rh.jp

入院費について

当院は全床「回復期リハビリテーション病棟入院料1」の基準に該当する病床です。１日当たり最大で実施できる3時間のリハビリテーションを行った場合、1日の入院費は以下の通りです。

自己負担割合	入院費の目安	その他	
3割	約15,000円程度	＋　食事代	＋　リース代
2割	約10,000円程度		
1割	約5,000円程度		

（※上記金額はあくまでも目安であり、諸条件によって多少の前後はあります）
（※個室・準個室へご入院される場合は別途室料がかかります）
（※65歳以上の方は、上記以外に光熱水費として1日当たり370円ご負担いただきます）

【高額療養費制度について】
高額療養費制度とは、医療機関や薬局で支払った額が、暦月（月の初めから終わりまで）で一定額を超えた場合に、その超えた金額の支給を受けることができる制度です。所定の窓口で「限度額適用認定証」の発行を申請し、病院の窓口に提示することで制度を利用することができます。制度の概要は以下のとおりです。

〈70歳未満の方〉

所得区分（適用区分）		ひと月の上限額	4か月目以降（※2）	食事代（1食）
① (ア)	年収 約1,160万円以上 健保：標準報酬月額83万円以上 国保：年間所得(※1)901万円以上	252,600円 ＋（医療費-842,000円）×1%	140,100円	460円
② (イ)	年収 約770万～1,160万円 健保：標準報酬月額53万円～79万円 国保：年間所得600万円～901万円	167,400円 ＋（医療費-558,000円）×1%	93,000円	460円
③ (ウ)	年収 約370万～770万円 健保：標準報酬月額28万円～50万円 国保：年間所得210万円～600万円	80,100円 ＋（医療費-267,000円）×1%	44,400円	460円
④ (エ)	年収 ～約370万円 健保：標準報酬月額26万円未満 国保：年間所得210万円以下	57,600円	44,400円	460円
⑤ (オ)	住民税非課税	35,400円	24,600円	210円（～90日） 160円（91日～）

※1　ここでいう「年間所得」とは、前年の総所得金額及び山林所得金額並びに株式・長期（短期）譲渡所得金額等の合計額から基礎控除（33万円）を控除した額（ただし、雑損失の繰越控除額は控除しない）のことを指します。（いわゆる「旧ただし書所得」）

※2　高額療養費を申請される月以前の直近12か月の間に高額療養費の支給を受けた月が3か月以上ある場合は、4か月目から「多数該当」という扱いになり、自己負担限度額が軽減されます

〈70歳以上の方〉
70歳～74歳の方は「高齢受給者証」を、75歳以上の方は「後期高齢者医療受給者証」をご提示いただくだけで、窓口での支払いが自己負担限度額までになります。
また住民税非課税世帯の方には申請することで「限度額適用・標準負担額減額認定証」（区分Ⅰ・区分Ⅱ）が発行され、支払額がさらに減額されます。
平成30年8月から、年収約370～1,160万円（課税所得145～689万円）の方（下表の所得区分（適用区分）が『現役並み』の『Ⅰ、Ⅱ』に該当する方）は、市町村窓口にて「限度額適用認定証」の交付の申請が必ず必要となりますのでご注意ください。

所得区分（適用区分）		ひと月の上限額（世帯ごと ※3）	4か月目以降（※2）	食事代（1食）
現役並み	Ⅲ 課税所得690万円以上	252,600円 ＋（医療費-842,000円）×1%	140,100円	460円
	Ⅱ 課税所得380万円以上	167,400円 ＋（医療費-558,000円）×1%	93,000円	460円
	Ⅰ 課税所得145万円以上	80,100円 ＋（医療費-267,000円）×1%	44,400円	460円
一般	課税所得145万円未満（※4）	57,600円	44,400円	460円
低所得者	Ⅱ 住民税非課税世帯	24,600円	-	210円（～90日） 160円（91日～）
	Ⅰ 住民税非課税世帯 （年金収入80万円以下など）	15,000円	-	100円

※3　同じ世帯で同じ保険者に属する者

※4　世帯収入の合計額が520万円未満（1人世帯の場合は383万円未満）の場合や、「旧ただし書所得」の合計額が210万円以下の場合も含みます

＜申請窓口は健康保険以外の方はお住まいの市町村の役所、健康保険の方はお勤めの会社、若しくは保険者になります＞

その他の医療費助成制度（重度障がい者医療費助成等）を利用できる方は、さらに窓口負担が軽減されます。
詳細は担当の医療ソーシャルワーカーにご相談ください。

（H30.8.1～）

入院申込書　兼　誓約書

医療法人社団 生和会
彩都リハビリテーション病院　院長　殿

1　私(本人)と代理人は、貴院の「入院のしおり」に記載された入院のための手続き、入院生活上の定め及びマナー、並びに療養上の指示、指導に従うことに同意します。
万一これらに反し、他の入院患者、来客、病院関係者などに迷惑を及ぼしたり、貴院の業務に支障をもたらした場合は、貴院の指示、指導に従います。

2　代理人は、親族一同の窓口となり、貴院入院中の本人に関する一切の責任を引き受けます。
代理人に支障がある場合は、親族縁者の同意のもと、代理人が指定し、委任状を交付した者にのみ委任することができるものとします。

3　連帯保証人は、入院に伴う本人負担の医療費、その他貴院への極度額(責任を負う上限額)税別1,000,000円を上限に、本人と連帯して履行責任を負います。

4　入院期間中、治療目的で写真や動画を撮影する場合があります。またこれらの診療情報等は、医学研究のため学会等で利用させて頂く場合があります。なお、利用に際しプライバシーには十分配慮いたします。
(　上記４に同意しない場合はチェックをしてください　□　)

上記「1～4」および貴院の「入院のしおり」を一読し、内容を理解、同意しましたので下記の通り入院の申し込みを行います。

申込日　　年　　月　　日

本人	ふりがな		㊞	性別	(　男　・　女　)
	氏　名				
	生年月日	明・大・昭・平　　年　　月　　日　生			歳
	住　所	〒　　―			
	自宅電話		携帯電話		

代理人	ふりがな		㊞	本人との関係	
	氏　名				
	生年月日	明・大・昭・平　　年　　月　　日　生			歳
	住　所	〒　　―			
	自宅電話		携帯電話		
	勤務先名		勤務先電話		

本人の署名代行の場合その理由 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　例）筆記困難な為　等

連帯保証人	ふりがな		㊞	本人との関係	
	氏　名				
	生年月日	明・大・昭・平　　年　　月　　日　生			歳
	住　所	〒　　―			
	自宅電話		携帯電話		
	勤務先名		勤務先電話		

※　病院記入欄

請求書配布先	□　病　室	□　1階受付　(　　)	□　その他　(　　)

《 プラン内容及び料金一覧表 》

彩都リハビリテーション病院用プラン

① 基本	330 （本体価格 300）	床頭台、冷蔵庫（電気代含む）、カード式セキュリティーボックス
② テレビ	330 （本体価格 300）	液晶テレビ（電気代含む）
③ 衣類 タオル	550 （本体価格 500）	リハビリウェアー（日中着）、寝巻（パジャマタイプ・ワンピースタイプ） ※衣類サイズ S ・ M ・ L ・ LL タオル類（フェイスタオル、バスタオル）
④ 肌着	220 （本体価格 200）	肌着（前開シャツ半袖、長袖、パンツ、ロングパンツ、靴下） ※肌着サイズ S ・ M ・ L ・ LL
⑤ タオル	330 （本体価格 300）	タオル類（フェイスタオル、バスタオル）
オムツ A	660 （本体価格 600）	尿とりパット、テープタイプ、パンツタイプ、夜用パット 病状により上記商品より必要なアイテムを使用します。 また、病状によりプラン内容を変更していただく場合があります。
オムツ B	550 （本体価格 500）	尿とりパット、テープタイプ、夜用パット 病状により上記商品より必要なアイテムを使用します。 また、病状によりプラン内容を変更していただく場合があります。
オムツ C	495 （本体価格 450）	尿とりパット、パンツタイプ、夜用パット 病状により上記商品より必要なアイテムを使用します。 また、病状によりプラン内容を変更していただく場合があります。
オムツ D	110 （本体価格 100）	尿とりパット 病状により上記商品より必要なアイテムを使用します。 また、病状によりプラン内容を変更していただく場合があります。

※料金は1日あたりの料金です。入院日（使用開始日）より発生いたします。
※退院時には、タオル類及びリース商品はすべて返却してください。
※衣類・肌着類の上記記載サイズ外につきましてはお持ち込みいただくか、1階売店でご購入ください。

有限会社 ミツバ商事
2020年4月1日（作成）

リースサービスのご案内

リース（病衣・日用品）ご利用のメリット

①安全かつ衛生的な衣類、タオル類をご利用いただけます。
・熱湯による消毒　・・・　80℃以上の熱湯で10分以上洗濯。
・塩素剤による消毒・・・　次亜塩素酸ソーダを使用し遊離塩素250ppm以上の水溶液中（常温）に5分以上浸し
80℃以上の熱湯で10分以上洗濯。
②入院時に必要な衣類・タオル類の準備が不要になります。
③家族さまにとって衣類の補充・交換や洗濯のご負担が大きく軽減されます。
④商品はいずれも安全性の確認されたものを使用しています。

内容・料金について

裏面、プラン内容及び料金一覧表をご覧ください。

サービスのお申込み

リースサービスのご利用に際して、入院時の書類と同時に委託依頼書(兼)同意書をお渡しいたします。
必要事項をご記入の上、お手続き時にご提出ください。また、入院中にお申し込みを
希望される場合は、病棟のスタッフステーションへお申し出ください。

お支払い方法

リースサービスのご利用は、有限会社ミツバ商事と患者さまとのご契約となり、
ご請求は毎月月末締めの翌月10日頃となります。
ご利用の費用（請求書）は入院費請求書と同封しお渡しいたしますのであらかじめご了承ください。
お支払いにつきましては、病院1階の自動精算機でご入金していただくか銀行での
お振込みとなります。
ご退院の場合は、退院日当日に請求書をお渡しいたします。
（ご退院時は退院日当日に必ずお支払いいただきますようお願いいたします。）

私物洗濯（ネット）のご利用について

利用期間中は、専用ネットをお渡しいたします。契約終了時に返却して下さい。

○料金(1ネット当り)

専用ネット	900円+(税)

○回収・納品

回収・納品日は週3回です。　月曜日回収→金曜日納品
水曜日回収→月曜日納品
金曜日回収→水曜日納品　となっております。

○注意点

ネットにお入れいただいた洗濯物は、洗濯後折りたたみの作業まで取り出しせず洗いますので、
少し余裕を持たせるようにお入れください。洗濯物の詰め込み過ぎにご注意ください。
手洗い・ドライ・ウール品などは色落ちや縮みとなる恐れがありますので、お受けできません。
また、上記衣類が混入した場合、責任（弁償）は負いかねますので、あらかじめご了承ください。

有限会社　ミツバ商事
2020年4月1日(作成)

有限会社 ミツバ商事 御中

階病棟	ID	

※ 病院側記載欄

（ 入院日 ）２０　　年　　月　　日

委託依頼書（兼）誓約書

彩都リハビリテーション病院へ入院するに際し、日常生活用品に関する「リース」「洗濯」などのサービスを、貴社へ委託します。また、委託に際して、下記の事項について誓約いたします。

記

1．リース委託期間は、入院日から退院日とします。
2．料金は、1日又は1回当たりの金額とし、使用開始日より発生とします。
3．利用者の「症状」「状態」などに応じて、リースプランの変更に応じます。
4．私物洗濯を希望した場合、専用ネットを受け取ります。（契約終了時に、貴社へ返却いたします。）
5．リース、私物洗濯の支払いは、請求を受けた都度、期限内に支払いを行い、本人（家族）及び保証人の連帯責任において、一切貴社にご迷惑をかけません。
※連帯保証人様極度額（責任を負う上限額）500,000円（税別）

以上

利用者さま（入院患者さま）	ご住所
フリガナ ㊞	〒　　－
明・大・昭・平　　年　　月　　日生	電話番号（　　）　　－
連帯保証人さま	**ご住所**
フリガナ ㊞	〒　　－
利用者さまとのご関係　（　　）	電話番号（　　）　　－

※ ご希望のプランをチェックしてください。（金額はすべて税込表示です）

① 基本	330円/日	
② テレビ	330円/日	
③ 衣類・タオル	550円/日	
④ 肌着	220円/日	
⑤ タオル	330円/日	

オムツ	A 660円/日　B 550円/日 C 495円/日　D 110円/日	

※ 患者さまの症状や状態などを考慮した上で、最適なプランを病院側が決定いたします。
（単品でもご利用頂けます）

私物洗濯ネット	1ネット 990円/回	

※ リースとは別に、私物洗濯ネットをご希望される場合は、チェックしてください。

※ 患者様側記載欄

※ 事務部処理欄

オムツプラン	A	B	C	D	確認元:	備考:

彩都リハビリテーション病院

2020年4月1日（作成）