入院される皆様へ

月　　日（　　）に　　階の　　号室に入院となりました。

当日は　　午前・午後　　時　　分頃までにご来院ください。

1．　入院時持ってきていただくもの

印鑑･診察券･健康保険証･後期高齢者受給者証・入院保証金（3 万円）
現在服用している薬・筆記用具

2．　アメニティーリースセットを契約していただきます（寝具・タオルはセットに含まれています）。
寝衣・寝具及びオムツは感染防止の為、当院既定のものをご使用頂きます。

3．　準備していただくもの

洗面用具･はし･スプーン・コップ・水筒または急須（必要に応じて薬呑みかストロー付きボトル）・履きなれた靴（滑りにくいもの）・ティッシュペーパー・肌着
＊アメニティーリースプランの中に上記のものが含まれている場合は必要ありません。

4．　アメニティーセット以外でリースできるもの
車椅子（専用でお使いになる時のみ）等

5．　ご協力していただきたいこと

○　盗難防止の為、多額の現金や貴重品（貴金属・キャッシュカード等）は、ご持参なさらないようにしてください。紛失しても当院では一切責任を負いません。
＊ やむを得ず持ち込まれた場合は、セーフティボックスをご利用下さい。セーフティーボックスの鍵を患者様が紛失及び破損された場合は購入していただきます。

○　外出･外泊には医師の許可が必要です。事前に医師または看護師に申し出てください。

○　入院中に飲酒や暴力行為を行った場合及び無断外出･無断外泊された場合は強制退院となります。

○　はさみ・ナイフ等の持込みは危険物として禁止しています。

○　携帯電話は 1 階ロビーでご使用ください。

○　面会時間は平日午後 1 時～7 時、日・祝日午前１０時～午後 7 時までとなっております。それ以外の面会は治療の妨げとなりますので、ご遠慮ください。
面会の際は詰所にある「面会申込書」にご記入ください。
出入り口は午後 9 時で閉鎖されます。

○　患者様への電話取次ぎは午後 1 時～7 時の間でお願いします。

○　病院敷地内は禁煙となっております。

○　入院治療上の都合により、病室を移動していただく場合があります。

○　診断書等は１階事務所にご提出ください。

○　電気器具類は許可なく使用することをお断り致します。

○　非常災害のときは、病院職員の指示に従ってください。

○　入院中の駐車は固くお断り致します。（駐車場は外来患者用およびご面会者様用です。

○　当院職員に対する謝礼、贈り物などは固くお断り致します。

○　他院の受診をご希望される場合は、その旨看護師にお伝えください。

○　その他ご不明の点については、ナースステーショまたは１Ｆ事務所におたずね下さい。

６．　施設案内

６Ｆ	機械室・リネン室
５Ｆ	病室（601 号室～633 号室）
４Ｆ	病室（501 号室～533 号室）
３Ｆ	病室（301 号室～331 号室）言語聴覚療法室・ＡＤＬ作業療法室・内視鏡室
２Ｆ	病室（201 号室～231 号室）栄養管理部門（配膳・厨房）薬局
１Ｆ	外来診療部門（外科・整形外科・内科・皮膚科・リハビリテーション科） 手術室・放射線室・検査室・リハビリテーション室・ＣＴ室・救急室 事務部門（受付・会計・医事・地域医療連携室）

（医）純徳会田中病院
科外来
TEL　06-6416-6931

アメニティリースサービス（病衣・日用品リースのご案内）

医療機関においては、院内感染の防止と安全、さらに
看護・介護・医療の効率化がこれまで以上に
求められるようになる一方で、患者様の療養環境に
対するニーズも次第に高まっています。
こうしたなか、患者様・家族様の洗濯・補充等の
ご負担を軽減するとともに、さらには徹底した
院内感染防止の決め手として病衣・物品を含めた
トータルなリースサービスは近年多くの医療機関で
採用されており、非常に大きな効果を上げております。
㈱ユニバーサルサービスアンドネットワークは
指定業者として多数の医療機関との委託契約による
アメニティリースサービスを提供し、
患者様や家族様に喜ばれております。
どうぞご安心の上、十分にご利用くださいませ。

株式会社ユニバーサルサービス

〒556-0027

大阪府大阪市浪速区木津川1-1-14

TEL / 06-6568-8800　　FAX / 06-6568-8801

ご利用のメリット

① 安全かつ衛生的な衣類、タオル類を、いつでも充分に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。購入費用もかかりません。
③ ご家族様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 院内スタッフが洗濯等にかかわる時間がなくなり、ケアに専念できます。
⑤ 商品はいずれも市販のものや安全性の確認されたものを使用しており、安心です。

サービスのお申込み

（新しくご入院の患者様）
入院時の書類と同時にお申込書を配布いたします。
必要事項をご記入の上、入院窓口にご提出ください。

（救急や休日・時間外でご入院の場合）
治療やケアの都合上病衣などがすぐに必要となりますので、ひとまず病衣・タオルをご用意させていただきます。
後日窓口取扱時間において正規のお手続きをしていただいたうえで、ご希望のセットをお申し込みください。
（サービスの性格上、セット内の商品を単品でご契約いただくことはできません。）

お支払い方法

サービスのご利用は、㈱ユニバーサルサービスアンドネットワークと患者様とのご契約となります。したがって、病院からの入院費用とは別に、患者様ご指定の住所にご請求書をお送りいたしますのであらかじめご了承ください。
ご請求は毎月１５日および月末の２回となります。
期間途中でのご退院の場合は、１日単位での日割り計算となります。
お支払いにつきましては銀行でお振り込みいただくか、病院による代行徴収も行っておりますのでいずれかをご利用ください。
なおクレジットカードや小切手類のお取り扱いはございません。

プラン内容と価格一覧

平成26年4月1日 税率改定より

基本プラン（ A もしくは B のいずれかをお選びください）

	日額料金	ご利用いただけるもの
A プラン	600円 [税込] 648円	介護寝巻 タオル類　（フェイスタオル・大判タオル）
B プラン	477円 [税込] 515円	寝巻（パジャマタイプ・ワンピースタイプ） タオル類　（フェイスタオル・大判タオル）

オムツプラン（オムツが必要な方は、上記ﾌﾟﾗﾝに加えてお選びください）

C プラン	700円 [税込] 756円	オムツ　（尿とりﾊﾟｯﾄ・ﾌﾗｯﾄﾀｲﾌﾟ・ﾃｰﾌﾟﾀｲﾌﾟ・夜用ﾊﾟｯﾄ） ウオッシュティッシュ・ウェットティッシュ *症状によりプランを変更していただく場合がございます。
D プラン	500円 [税込] 540円	オムツ　（尿とりﾊﾟｯﾄ・ﾌﾗｯﾄﾀｲﾌﾟ・ﾃｰﾌﾟﾀｲﾌﾟ） ウオッシュティッシュ・ウェットティッシュ *症状によりプランを変更していただく場合がございます。

肌着・車いすプラン（肌着・車いすが必要な方は、上記ﾌﾟﾗﾝに加えてお選びください）

E プラン	300円 [税込] 324円	肌着　（前開シャツ半袖・長袖・パンツ・ロングパンツ・靴下）
G プラン	143円 [税込] 154円	車いす

※上記の価格は税抜です

＊請求額はプラン単価×日数×消費税(8%)＝請求額となります。

＊料金は1日当たりの金額となります。料金は、使用開始日より発生致します。

＊ﾘﾝｽｲﾝｼｬﾝﾌﾟｰとﾎﾞﾃﾞｨｼｬﾝﾌﾟｰは無料です。浴室の備え付けのものをご利用下さい。

＊オムツC・Dプランをお申込みの方は、食事用エプロンは無料でご利用頂けます。

＊退院時には、タオル類及び、リース品はすべてご返却下さい。

上記以外の品物は、外来受付にてお買い求め頂けます。

歯磨きセット（歯ブラシ・歯磨き粉・コップ）	1セット 600円
パックおむつセット（ﾌﾗｯﾄﾀｲﾌﾟ1枚・ﾊﾟﾝﾂﾀｲﾌﾟ1枚・ﾃｰﾌﾟﾀｲﾌﾟ1枚）	1セット 200円～
入歯ケースセット（入歯ケース・入歯洗浄剤108錠）	1セット 1300円
口腔ケアセット　（舌ブラシ・スポンジブラシ10本）	1セット 800円

株式会社ユニバーサルサービス

株式会社ユニバーサルサービス　御中

（受付日）平成　　年　　月　　日
（使用開始日）平成　　年　　月　　日

2	3	4	5

委託依頼書（兼）同意書

田中病院に入院するに際し、貴社へ日常生活用品に関するリース及びリース商品の洗濯業務を委託します。
また、委託に際して下記の事項についても同意します。

- □ 患者様の症状・状況などに変化が生じれば、リース内容を変更すること
- □ リース料金の支払についても請求の都度、すみやかに支払うこと
- □ 契約期間は入院申込日から退院までとする
- □ リースアイテムを故意に破損・紛失した場合は、貴社規定代金で弁償すること
- □ 下記の日額￥　　円のプランへ申込み致します

リースに関する説明を理解のうえ
上記内容に同意致します。　　署名　　㊞

病院受付担当者　　㊞

利用者様（入院者様）	ご住所
ﾌﾘｶﾞﾅ ㊞ 明・大・昭・平　年　月　日生	〒 TEL（　　）　－
申込者様（請求先）	**ご住所**
ﾌﾘｶﾞﾅ ㊞ 利用者様との関係（　　）	〒 TEL（　　）　－

ご希望のプラン　※ご希望のプランのアルファベットを○で囲んでください

648円	515円		756円	540円		324円		154円	
A	B	プラン ＋	C	D	プラン ＋	E	プラン ＋	G	プラン
必ずいずれかをお選びください			おむつが必要な方のみ			肌着を希望する方		車椅子を必要とする方	

日額￥

切り取り

患者様　　（　　）号室

（申込日）平成　　年　　月　　日
（使用開始日）平成　　年　　月　　日

648円	515円		756円	540円		324円		154円	
A	B	プラン ＋	C	D	プラン ＋	E	プラン ＋	G	プラン

日額￥

【入院費の請求とお支払いについて】

Ⅰ・入院費の請求について

当院の入院費の請求は定期請求と退院時請求があります。具体的には以下の通りです。

① 定期請求　　毎月2回請求書を病室にお持ちします。

1日～15日の入院費	25日発行	お支払いは1週間以内でお願いします。
16日～末日の入院費	10日発行	

② 退院請求

ご退院日の当日または前日に発行　　お支払いはご退院までにお願いします。

Ⅱ・入院費・リース料のお支払いについて

入院費のお支払いは、当院会計窓口もしくは銀行振り込みでお願いします。

① 当院会計窓口でのお支払いについて

・現金でのお支払い　　毎日、午前9時～午後9時の時間帯でお支払い可能です。

・カードでのお支払い　　月曜日～土曜日（休日を除く）、午前9時～午後5時までお支払い可能です。

※ カードでのお支払いは一括での支払いのみ可能です。（分割払いは対応できません。）

② 銀行振り込みでのお支払いについて

入院費とリース料の振込口座は別になっております。 入院患者様の名義でお振込みください。

・入院費については下記口座にお振込みください。（振込手数料が別途必要です。）

振込先金融機関名・支店名	みなと銀行　本店営業部
口座種別・口座番号	普通預金　1844251
口座名義人	医療法人純徳会（イリョウ ホウジン ジュンク カイ）　理事長金澤優純（リジチョウ カナザワ マサズミ）

・リース料については下記口座にお振込みください。（振込手数料が別途必要です。）

振込先金融機関名・支店名	りそな銀行　大阪営業部
口座種別・口座番号	普通預金　550593
口座名義人	㈱（カ）　ユニバーサルサービス

☞ お支払いに関してご不明な点・ご相談がございましたら、お気軽にお問い合わせください

駐車券取扱いのお知らせ

ご面会・外来患者様・入院患者様の付き添いの方

2時間まで100円（以後30分毎150円）

●外来患者様

ご精算の際に、必ず「駐車券」をご提示ください。
ご精算の後に「駐車券」をご提示されましても、お受付できませんのでご注意ください。

●入院患者様のご面会

お帰りの際、「駐車券」に病棟看護師の押印をもらってください。
一階受付にて「駐車券」をご提示ください。
押印のないものは「割引」は対象外とさせて頂きます。

●入院患者様の付き添いの方

長時間駐車される方は、駐車料金がかさむ場合がございます。
当院周辺の「コイン駐車場」をご利用ください。
当院から付き添いをお願いした場合でも同様の扱いとさせて頂きます。

●介護タクシー・タクシー・商用等の方

誠に申し訳ございませんが、「駐車券割引」は対象外とさせて頂きます。

医療法人　純徳会　田中病院
病　院　長