

《紙おむつについてのお願い》

当院では患者様に使用する紙おむつは、各ご家庭での準備をお願いしています。

○に印のある物の準備をお願いいたします。

○カバータイプ紙おむつ Mサイズ または Lサイズ

○夜間用尿キャッチ（5～6回分 または 1000ml 以上吸収のもの）

○紙パンツ

○尿キャッチ

○その他

※自宅にあるものを持参して頂いてかまいませんが、夜間用尿キャッチは吸収に優れているので、

おむつ交換で睡眠を妨げることは少なくなります。おむつ購入時には参考になさってください。

※準備して頂いた物がなくなりましても病院側より電話連絡はいたしません。準備して頂けるまで

病院用を使用させていただくことをご了承お願いいたします。

※全て病院のものを使用することも可能です。

（病院用を使用の場合、下記のとおりおむつ代をいただきます。）

カバータイプの紙おむつ	1枚 109円
パンツタイプの紙おむつ	1枚 148円
尿取パット	1枚 54円 , 【大】 1枚 81円
平型紙おむつ	1枚 53円

※ご面会時に不足品の確認と補充をお願いいたします。

白鷹町立病院 院長 高橋 一二三

説明を受け同意します。

全て持参します。

無くなったら病院のものを使用します。

全て病院のものを使用します。

令和 年 月 日

患者様お名前 _____

ご家族様サイン _____

続柄 ()

説明看護師 _____