

直腸・肛門の手術を受ける患者様へ

様

あなたの手術は 6 月 22 日 です。

I. 手術前に準備するもの ※その他、入院生活に必要なものはパンフレットをご参照ください。

	直腸	肛門
① ワンタッチ腹帯 ※1階売店でも取り扱っております。¥1300～	1 枚	
② サイズを確認の上購入してください。		
③ パスタオル	2～3 枚	2～3 枚
④ 紙オムツ・尿とりパット 入院後に病棟で、「大人用 紙おむつプラン」を必要日数分お申し込みください。		
⑤ 横になったまま、うがいのできるもの（ストロー付きコップや吸い飲み等）	各 1 袋	

II. 手術についての説明

患者様とご家族の方に主治医より手術の説明があります。同意の上、手術承諾書に署名をしていただきます。日時の詳細は入院後、病棟看護師にご確認ください。

III. その他

- ①喫煙している方は禁煙してください。術後は術部痛のため痰が出しにくく、肺炎の原因となります。
- ②手術に支障がある為、つけ爪は外して来て下さい。マニキュア・ペディキュア・ジェルネイルは落としてくるようお願いいたします。また、つけまつ毛・エクステンション（つけ毛）は手術の際外れる可能性がある為、取り外せるものは外してくるようお願いいたします。
かつらの方は手術の際やけどの恐れがあるので、入院後主治医・病棟スタッフにお申し出下さい。
- ③ご家族の方には手術当日、手術の間病棟にて待機していただきます。なお、夜間の付き添いはお断りしております。
- ④手術前に深呼吸の練習をしておいてください。（全身麻酔の方のみ）

手術後は痛みで呼吸が浅くなりがちです。麻酔から早くさめる為、また肺炎予防の為行います。

《方法》 胸式呼吸を行います。

ふくらます 吸う

へこませる はく



肩の力を抜き、胸に手を置きます。その手を押し返すように、静かに深く息を吸ってください。はく時もゆっくりはいてください。

何かご不明な点がありましたらお尋ねください。

手術を受けられる患者さんへ

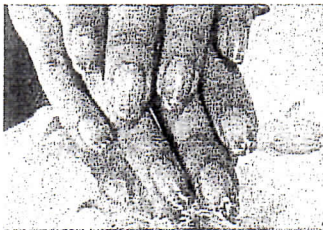
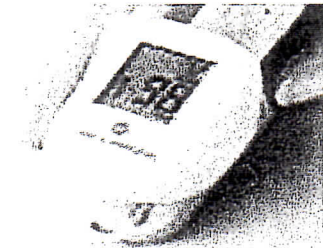
H29.3 手術室

手術を安全に受けていただくために、以下の項目をお読みいただき、ご協力をお願いします

ジェルネイル・マニキュア・つけ爪・ネイルアートについて

手術中は指先に医療機器を装着します

マニキュア等をつけていると、正確な値が測定できません



- マニキュアやネイルアートは除去し、爪は短く切りそろえてください
- ご自分でできない場合は専門店にて除去をお願いします
- 入院前に新たに付けることはないようにしてください
- 手術によって足の指に医療機器を装着することもありますので、

両手両足とも除去するようにお願いします。

まつ毛エクステンション・つけまつげについて

手術中は目を保護する目的でまぶたにシールを貼らせていただくことがあります

シールが直接張り付くため、まつ毛エクステンションやつけまつげがとれる可能性があります



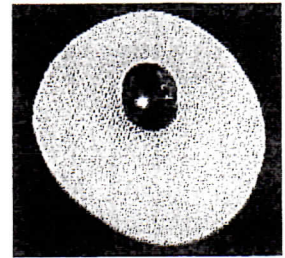
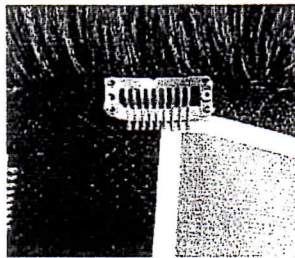
- 入院前に新たに付けることはしないでください

装身具について

手術中は電気メスを使用することがあり、アクセサリーやヘアピン、かつら・ウィッグなどを付けていると、火傷になる恐れがあります

また、装身具が当たっていた部分に皮膚障害が起こることがあります

- 指輪やネックレス、時計などの装飾品、ヘアピンなどは外してください
- かつらやウィッグはピンの有無に関わらず外すようにしてください
- 湿布や磁気・チタンパッチなども剥がしてください



禁煙について

喫煙は、痰の量が増えたり、気道を狭めることで麻酔時呼吸困難になるリスクがあります
手術後は傷の治りが遅くなったり、感染が起きやすくなったりします

- 手術前は、1カ月以上の禁煙が必要です。最低でも2週間以上前から禁煙をお願いします
- 禁煙が出来ていない場合、手術を中止にさせていただく場合があります



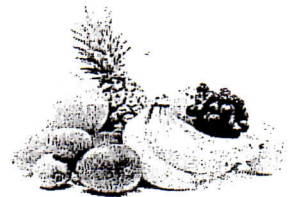
麻酔について

ご本人・ご家族の中に、麻酔中、悪性高熱等を起こした事のある方がいましたらお知らせください
麻酔薬等でアレルギーのある方はお知らせください

ラテックスアレルギーについて

天然ゴム(ラテックス)やフルーツ・ナッツ類への接触でじんましんや呼吸器症状、重篤な場合アナフィラキシーショックを引き起こし、命にかかわることがあります

- ラテックスアレルギーのある方、ゴム手袋などのゴム製品に触れて皮膚炎やじんましんの出たことがある方はお申し出ください
- 以下のフルーツ・ナッツ類で口唇のかゆみや咽頭の違和感がある方はお申し出ください
⇒ バナナ・アボカド・キウイ・クリ・メロン・桃・パイナップル・ナッツ類 など
- その他食物や薬剤によるアレルギーがある場合にもお知らせください



金属アレルギーについて

整形外科での手術では板やネジなど金属のインプラントを使用する場合があります
金属アレルギーを起こしにくい製品の使用ができます

- 金属アレルギーのある方、指輪やネックレスなどで皮膚炎を起こしたことがある方はお申し出ください



手術・麻酔に関して不安なことがありましたら、手術前日に

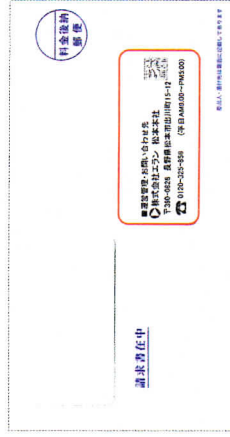
担当麻酔科医師、手術室看護師が訪室しますのでご相談ください



お支払いの注意点

- 入院費とは別のお支払いです
- 株式会社エランより請求書が郵送されます
- 請求書のお届けは翌月中旬頃です
- 毎月末に請求締めを行い、月ごとのお支払になります

料金のお支払い方法



【請求書発送元】

■ 運営管理・お問い合わせ先
 ○ 株式会社エラン 松本本社
 〒390-0826 長野県松本市出川町15-12
 ☎ 0120-325-856 (平日AM9:00～PM5:00)

- コンビニエスストア・郵便局にてお支払いください
- □ 座振替をご希望の方は、病院職員にお申し出ください
- ※ □ 座登録完了までは上記請求書でのお支払いになります

手数料不要

お問合せ窓口 **0120-325-856**

【受付時間 9:00～17:00】(土・日・祝・年末年始・当社休業日除く)

病院指定業者



株式会社エラン 松本本社

【請求書発送元】長野県松本市出川町15-12

支店一覧：[さいたま支店/利根支店/相模原支店/名古屋支店/大阪支店/金沢支店/広島支店/四国支店/福岡支店]

- ・ CSセットは株式会社エランとの直接契約となっておりますので、

お問合せ等は、上記連絡先までお電話ください

- ・ 月曜日の午前中や、月の中旬頃はお電話が大変込み合いますので、お問合せのご回答までにお時間を頂戴する場合がございます
- ・ ご連絡の際は、ご利用されている病院名をお知らせください
- ・ このCSセットの内容及び価格等につきましては下記の病院のみににおいて適用されます

ケア・サポート



入院時必需品
レンタルシステム

CSセット®のご案内

東北労災病院では、院内の感染対策とより手厚い看護を行うためにCSセットを導入しています

CSセットとは？

入院の際に必要な紙おむつ類を
 日額定額制でご利用できるサービスです



ご利用のメリット

おむつの購入や補充のお手間がなくなります

高性能な紙おむつをご使用できます

体調の変化や緊急時にも対応できます

紙おむつプランメニュー表

病院職員の意見を参考に選びください
紙おむつプランはご容態に応じてプランを変更する場合がございます

● 紙おむつプラン①

本体価格 **460円** (税抜) × 契約日数

- ・ 1日中おむつを着用し、定期的に尿とりパッドを交換される方向け

● 紙おむつプラン②

本体価格 **290円** (税抜) × 契約日数

- ・ バルーンカテーテルを挿管されている方向け



※紙おむつプランは医療費控除の対象です

● 購入比較

ご購入された場合とプランにお申込みいただいた場合の比較

◎ 新たにご購入される場合 (価格・数は目安)	
・ テーブ止め	2,500円×1袋 = 2,500円
・ 尿取りパッド (昼用)	1,500円×1袋 = 1,500円
・ 尿取りパッド (夜用)	2,200円×1袋 = 2,200円
合計	6,200円 (十税)

◎ 紙おむつプランにお申込みされた場合

・ 紙おむつプラン①	460円×10日 = 4,600円
	4,600円 (十税)

➡ **1,600円** お得です

◎ ご利用いただいたからのお声

- ・ 紙おむつの何を買うのか迷わず、入院準備の荷物が減って助かりました
- ・ 補充の心配もなく気軽に買い替えに行けました

ご利用上の注意点

□開始日から終了日までの全日数分の料金が発生いたします

□配布の有無・使用枚数に関わらず、日額定額制です

□退院日も請求に含まれます

お申込み方法

ご希望のプランをお選びの上、CSセット申込書へ
名前、性別、生年月日、住所、電話番号、プラン名、開始日を
記入し、病院職員までご提出ください

※お支払い方法、お問合せにつきましては、裏面をご覧ください

大人用 紙おむつプラン（CSセット） 導入のご案内

日頃より当院の診療・看護方針にご理解、ご協力を賜り厚く御礼申し上げます。
入院患者様・ご家族の皆様、お待たせしました。

この度、平成 27 年 4 月 1（水）より(株)オアシス MSC と(株)エランより**入院時に
大人用の紙おむつを持ち込むことなく提供出来るシステム（紙おむつプラン）
が導入されましたのでお知らせ致します。**

紙おむつプランは日額定額で大人用の紙おむつが日額 460 円でご使用出来るシステムです。

- ・ご利用頂く事で、入院時の大人用 紙おむつの準備及び、入院中の大人用 紙おむつの補充が一切不要となります。
- ・高品質・高吸収の大人用 紙おむつを採用している為、患者様の夜間の安眠確保やスキントラブルを防止する事ができ、患者様へのケアを向上させる事が可能です。
- ・現在、大人用 紙おむつを持ち込みされている患者様は 4 月 1 日より、現在お使いの大人用 紙おむつが無くなり次第、紙おむつプランへと切り替えをお願い致します。
- ・4 月 1 日以降に入院される患者様は、紙おむつプランのご利用となりますので、大人用紙おむつの持ち込み、準備は一切不要です。

紙おむつプランは(株)エランとの契約となります。ご利用料金は、1 ヶ月分をまとめて請求させて頂きますので予めご了承下さい。

（※入院費とは別になります）

詳しくは大人用 紙おむつプランのご案内の裏面をご覧ください。

紙おむつプランの申込みは

①入院案内時にお渡しする申込書に記載



②記載された申込書は入院される病棟のナースステーションに提出



③申込みされたその日から、紙おむつが必要時に使用が可能です

記入例

CSセット利用申込書

No. _____

※太枠内のみご記入ください(①～⑨)

※楷書ではっきりとご記入ください

S

①申 込 日 平成〇〇年 〇 月 〇 日

フリガナ	姓 ニ ホ ン	名 タ ロ ウ	性 別
②利 用 者	日 本	太 郎	男・女
③生 年 月 日	(明治) (大正) (昭和) (平成)	年 月 日(満 歳)	

私は裏面「個人情報の取扱いについて」(①-b)と、「CSセット利用規約」(④-b)の内容を確認し、同意の上で申し込みます。

フリガナ	姓 ニ ホ ン	名 ハ ナ コ	性 別	印又は サイン
④契 約 者	日 本	花 子	男・女	
⑤生 年 月 日	(明治) (大正) (昭和) (平成)	年 月 日(満 歳)		
⑥請求書送付先 (住所)	〒〇〇〇〇-〇〇〇〇 建物名、部屋番号もお書きください 〇〇 都道 〇〇 市 区 〇〇 町 〇〇-〇			
⑦電話番号(必須)	Tel 〇〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 (続柄: 長女)			
⑧携 帯 等	Tel 〇〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 (続柄: 長女)			

希望商品に○をつけてください	商 品 名	日額単価(税抜)	開始日		備 考
⑨希 望 商 品	紙おむつプラン①	¥ 460	○/○	/	
	紙おむつプラン②	¥ 290	/	/	

※記載している価格は全て税抜表示となっております。

- ・セット内容、請求・支払方法については、別紙「CSセットのご案内」をご覧ください。
- ・「個人情報の取扱いについて」、「CSセット利用規約」をご確認の上でお申し込みください。
- ・セット変更、利用商品の追加等のご希望がございましたら窓口もしくは、弊社までお問い合わせください。
- ・申込書控は大切に保管してください。

■運営管理・セットお問合せ先

株式会社 エラン

☎ 0120-325-856(受付時間: 平日 9:00~17:00)

【松本本社】

〒390-0826 長野県松本市出川町15-12

◆相模原支店 ◆金沢支店 ◆名古屋支店 ◆広島支店 ◆大阪支店
◆四国支店 ◆福岡支店 ◆札幌支店 ◆さいたま支店

業 者 使 用 欄			病 院 使 用 欄		
備 考	業 務	お客様番号	I D	病 棟	担当者

ELAN-1610 7701150119

①-a 記入例