

アメニティセットのご案内

入院準備はアメニティセットにお任せ!

安価! Aタイプなら日額570円でご利用頂けます

安全! 殺菌消毒済の病衣・タオルで清潔です

安心! 使用量を気にせず、必要な時に交換OK

高熱殺菌クリーニング付きで清潔!

アメニティセットの寝巻類・タオル類は
ご希望時にいつでも交換可能です。

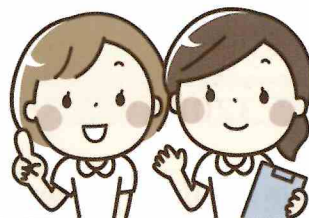
アメニティセットAタイプなら
日額 **572円**(税込)!

紙おむつセットタイプ①なら
日額 **517円**(税込)!

殺菌消毒済みの病衣やタオルを
ご利用して頂けます!

高品質な紙おむつを
購入より安く使用できます!

私たちにお任せください!



詳細は次ページ



Q. サイズ感、種類について。

A. サイズの種類はS・M・L・LL・3L
男女兼用(ユニセックス)ですので大きめの作りです。

Q. 使用量が多いと追加料金は発生しますか?

A. 日額設定の為、使用量による追加料金は
一切発生致しません。

Q. 申込書兼同意書は誰に渡せばいいですか?

A. 予約入院の場合 入退院センターへご提出ください。
ご入院当日の場合 病棟のスタッフ様へお渡し下さい。

Q. 外泊等で使用してない日も請求されるのか?

A. 外泊により、0時を基準として、24時間外出していた
場合、その日の請求は発生致しません。
ですので1泊2日の外泊は請求の対象です。

アメニティセットのご案内

基本セット

寝巻・タオル類は殺菌消毒クリーニング付きレンタルです

<Aタイプ>

日額 520円 (税込 572円)

- 寝巻類 いずれか〔甚平・浴衣・介護寝巻・マタニティウェア(婦人科限定)〕
- タオル類 [バスタオル・フェイスタオル]
- 衣類 [前開き半袖肌着・靴下]
- 日用品

<Bタイプ>

日額 460円 (税込 506円)

- 寝巻類 いずれか〔甚平・浴衣・介護寝巻・マタニティウェア(婦人科限定)〕
- タオル類 [バスタオル・フェイスタオル]
- 日用品

<Cタイプ>

日額 360円 (税込 396円)

- タオル類 [バスタオル・フェイスタオル]
- 日用品



日用品

～基本セットにお申し込みの方は下記の共有品をご利用頂けます～

共用品: ボディソープ・リンスインシャンプー

個人用: 歯ブラシセット・コップ・割りばし・プラスチックスプーン・ティッシュ・ウェットティッシュ・ヘアブラシ

必要とされる方にのみ都度提供: 入歯ケース・入歯洗浄剤・吸飲み・口腔ケアスポンジ・

ストロー・使い捨て食食用エプロン・使い捨ておしぼり・不織布マスク



※サンプル一例

おむつセット

<タイプ①>

日額 470円 (税込 517円)

【1日中使用し、使用量の多い方向け】

- 紙おむつ〔テープ式・尿取りパッド〕

<タイプ②>

日額 420円 (税込 462円)

【基本のタイプ】

- 紙おむつ〔テープ式・パンツ式・尿取りパッド〕

<タイプ③>

日額 320円 (税込 352円)

【使用量の少ない方向け】

カテーテル使用／術後の一時的な使用／リハビリパンツのみ着用】

- 紙おむつ〔パンツ式・尿取りパッド〕



オプション

販売

1枚 160円 (税込 176円)

- 使い捨て下着

ベージュ/グレー 各S~M/L~LL

リース

日額 125円 (税込 138円)

- ハーフパンツ

膝の手術後、ハーフパンツの着用が必要な方のみご利用可能です。



アメニティセット申込書兼同意書 記入例

アメニティセット申込書(兼同意書)

株式会社アメニティ御中

フリーダイヤル：0120-918-859

営業時間：9:30~17:00(土・日・祝日は休み)

株式会社アメニティは、広島赤十字・原爆病院のご推薦により、患者様をご入院中に必要とされる『衣類・タオル類・紙おむつ・日用品』等のレンタル商品を取り扱っている業者です。本レンタルは ①院内での衛生管理・環境整備のさらなる徹底 ②利用者様へのサービス向上とご家族への労力負担の軽減となります。

① ご希望のセット・オプションに✓をご記入下さい

消毒クリーニング付きレンタルです。

| タイプ | ご利用内容 | ご利用金額(税込) | |
|---------------------------------------|--|------------|-------|
| <input checked="" type="checkbox"/> A | ○寝巻 [甚平・浴衣・介護寝巻・マタニティウェアのいずれか] ○タオル類 [バスタオル・フェイスタオル] ○衣類 [前開き半袖肌着・靴下] ○日用品 [下記参照] | 520円(572円) | ×利用日数 |
| <input checked="" type="checkbox"/> B | ○寝巻 [甚平・浴衣・介護寝巻・マタニティウェアのいずれか] ○タオル類 [バスタオル・フェイスタオル] ○日用品 [下記参照] | 460円(506円) | ×利用日数 |
| <input checked="" type="checkbox"/> C | ○タオル類 [バスタオル・フェイスタオル] ○日用品 [下記参照] | 360円(396円) | ×利用日数 |

【提供日用品類】※日用品類については、全てのアイテムがご使用可能ですが、患者様の症状によりお手元に届かないものもございます。必要な場合は病院スタッフにお申し出いただければお渡しいたします。

共用品：ボディソープ・リンスインシャンプー

個人用：歯ブラシセット・コップ・割りばし・プラスチックスプーン・ティッシュ・ウェットティッシュ・ヘアブラシ

必要とされる方のみ都度提供：

入歯ケース・入歯洗浄剤・吸飲み・口腔ケアスポンジ・ストロー・使い捨て食事前用エプロン・使い捨ておしぼり・不織布マスク

【紙おむつセット】※利用者様の紙おむつのご利用状況により病棟看護師が毎日タイプを決定・変更させていただきます。

| タイプ | ご利用内容 | ご利用金額(税込) | |
|---------------------------------------|---|------------|-------|
| <input checked="" type="checkbox"/> ① | 【一日中使用し、使用量の多い方向け】 ○紙おむつ [テープ式・尿取りパット] | 470円(517円) | ×利用日数 |
| <input checked="" type="checkbox"/> ② | 【基本のタイプ】 ○紙おむつ [パンツ式・テープ式・尿取りパット] | 420円(462円) | ×利用日数 |
| <input checked="" type="checkbox"/> ③ | 【使用量の少ない方向け】 ○紙おむつ [パンツ式・尿取りパット] | 320円(352円) | ×利用日数 |

【オプション】※基本セット・おむつセットのいずれかのセットにお申込みの方のみご利用いただけます。

| タイプ | ご利用内容 | ご利用金額(税込) | |
|---|---------|------------|-------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 販売 | ○使い捨て下着 | 160円(176円) | ×枚数 |
| <input checked="" type="checkbox"/> リース | ○ハーフパンツ | 125円(138円) | ×利用日数 |

② ご利用開始日をご記入ください

③ お申込み記入欄に必要事項をご記入ください

お申込み記入欄

●私はアメニティセットの利用にあたり、裏面記載内容を確認し申込いたします。

●私は契約者の同意を得て本書面の記入を代筆いたします。(契約者様と代筆者様が異なる場合)

| | | | | | | | |
|------|------------------------------------|----|--------|---------------------|---|---|---|
| ID | 病棟 | 病室 | ご利用開始日 | 20 | 年 | 月 | 日 |
| 利用者様 | フリガナ ご利用者様 診察券ID・お名前 | | フリガナ | 利用者様との関係 | | | |
| 代筆者様 | フリガナ 代筆者様 お名前・続柄・電話番号 | | フリガナ | ご契約者様 | | | |
| 記載不要 | フリガナ 姓 お名前・続柄・電話番号 | | フリガナ | お名前・続柄・電話番号・ | | | |
| | フリガナ 姓 お名前・続柄・電話番号 | | フリガナ | 住所(番地・部屋番号まで) 都道府県 | | | |
| | フリガナ 姓 お名前・続柄・電話番号 | | フリガナ | ご住所(番地・部屋番号まで) 都道府県 | | | |
| | フリガナ 姓 お名前・続柄・電話番号 | | フリガナ | ご住所(番地・部屋番号まで) 都道府県 | | | |
| 利用区分 | 新規 | | 再利用率 | | | | |

アメニティセットの料金のお支払方法について

ご利用内容をご確認いただき、下記のいずれかでお支払いをお願いいたします。

- コンビニエンスストア
- 郵便局
- キャッシュレス決済



写真の封筒にて送付させていただきます

〒151-0052 東京都渋谷区代々木神園町1-431
木村 四郎 様
〒151-0052 東京都渋谷区代々木神園町1-431 30548-000001#

ご請求書
発行日 2022年08月01日
お客様番号 00000000026938390

株式会社アメニティ
請求管理部
〒101-0642 東京都千代田区神田駿河台2-10-4
0-4 受付時間

0120-918-859

この度は、アメニティセットをご利用頂き誠にありがとうございます。下記の通り、ご請求を申し上げますので内容をご確認の上、本書記載のお支払い期限までにお支払いをお願い致します。お支払いが本書量の裏面に記載されているコンビニエンスストア、ゆうちょ銀行等にてお願い申し上げます。

| 品名 | 数量 | 単価 | 金額 | 備考 |
|---|----|-----|--------|--------|
| Dタイプ おむつ (7/1~7/31) | 31 | 330 | 10,230 | |
| 木村 四郎様テストご入院時アメニティセットご利用分としてご請求させていただきます。別費金は金額に含まれません。 ご利用期間：2022年7月1日~2022年7月31日 お支払期限：2022年8月15日 | | | 10,230 | 明細合計金額 |
| | | | 10,230 | ご請求額 |

※ご請求金額の内、オムツ代は10,230円となります。

AME-C
00150-6-900584
郵便振替代行センター
52001509005840000001023000000000030548
9700000000026938390000000005987912300000000

- ※ 長期入院される方は口座振替も可能です。
別途、手続きが必要となりますので、ご希望の方はお申し出ください。

お支払いの注意点

- 入院会計とは別のお支払いです。(病院窓口でのお支払いはできません。)
ご利用開始日から**30日毎締**または、**終了日締**で発行いたします。
締日後から**3週間前後**で請求先に**郵送**させていただきます。
お支払いの際、**請求額とは別に収納代行手数料が発生**いたします。
口座振替ご希望の方は**登録が完了するまで上記請求書をお届け**いたします。

お問合せ窓口



0120-918-859

【受付時間 土・日・祝日除く 9:30~17:00】



AMENITY CORPORATION

株式会社アメニティ

- 月曜日の午前中や、月の中旬頃はお電話が大変混み合いますので、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
- このアメニティ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おいて適用されます

広島赤十字・原爆病院