

お部屋の希望

カルテ番号： _____ 氏名： _____

1. 有料個室のご希望

有料個室を希望する方は、「入院に際しての同意事項」をお読みの上、下の表の□に✓をいれて、32 週目までに「バースプラン」、「産科病棟問診票」、「承諾書」、「食物アレルギー・嗜好調査票」と一緒に提出してください。有料個室のご希望がない場合は、室料無しの部屋からご案内します。なお、差額ベッド料金の 3 割相当を山中伸弥先生の iPS 細胞研究基金に寄付しています。

部屋タイプ	位置 広さ(平均)	設備等	室料/日 (税込：円)	プレシャスタイトム・プラン
<input type="checkbox"/> カサブランカ	南側 2 室 19.97 m ²	セミダブルベッド、セミダブルソファ ーベッド、ハイレゾステレオ、40 型イ ンターネットテレビ、アミカライト(サ ロン仕様ドライヤー)、シャワー・ド・バス、シャワートイレ、アロマポット	15,000	フルプレシャスタイトム・プラン（室料に含まれています。）
<input type="checkbox"/> プルメリア	南側角(富士 山ビュー)1 室 18.07 m ²	セミダブルベッド、ソファベッド、 ハイレゾステレオ、40 型インターネッ トテレビ、アミカライト(サロン仕様ド ライヤー)、シャワー・ド・バス、 シャワートイレ、アロマポット		
<input type="checkbox"/> ジャスミン	南側 8 室 15.64 m ²	シングルベッド、ソファベッド、 ハイレゾステレオ、32 型インターネッ トテレビ、シャワー・ド・バス、 シャワートイレ、アロマポット	2,000	下の 2 番で選択してく ださい。 室料込み 9,000/日
アルテミス/ マーガレット	北側 18 室 11.89 m ²	シングルベッド、19 型テレビ、 シャワー・ド・バス、シャワートイレ、 アロマポット	/	(フルプレシャスタイトム・プランの場合)
<input type="checkbox"/> コネクティ ング仕様	301+302、303+305、306+307、308+310、311+312 コネクティング仕様はお部屋により料金が異なります。お問合せください。			

■ 以下、ご了承ください

1. 「お部屋の希望」はご利用を確約するものではありません。満床の際には別タイプの部屋をご案内します。
2. 価格は予告無しに変更することがあります。
3. 喫煙習慣のあるご家族の宿泊はできません。
4. 入院患者様が優先になりますので、コネクティングが出来ない場合があります。

2. プレシャスタイトム・プランのご希望 (ジャスミン、コネクティング希望の方、または有料個室を希望しない方)

- フルプレシャスタイトム・プラン
(3 階病棟に入院の全期間にプレシャスタイトム・プラン適用を希望する場合。室料込み 9,000/日)
- 日割りプレシャスタイトム・プラン
(入院途中からでも日割りプランをつけられます。室料込み 10,000/日)
- まだ決めてない。

※ 詳しくは添付の「Precious Time Plan のご案内」をお読みください。