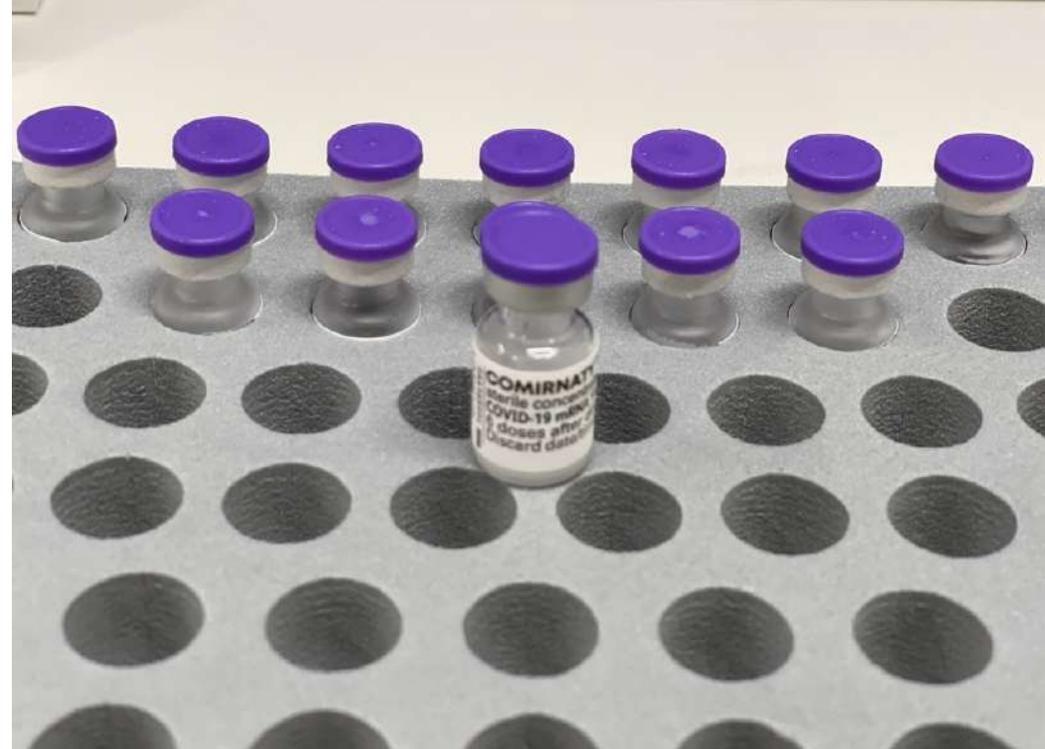


にしやま消化器内科

スマホで簡単  
ワクチンネット予約パーフェクトガイド





GoogleまたはYahoo!で「にしやま消化器内科」を検索してください。

スマートフォンでカメラをかざしてたら一瞬です。





まず当院のホームページを表示します。

表示できましたか？

さあいよいよスタートです。(^^)

ここをクリック！



もう一度クリック！



にしやま消化器内科

月初めての検診にご提示下さい

日時予約

診療予約をされる方

診療予約患者登録

※予約するにはあらかじめ患者登録が必要です

患者メニュー

※こちらから予約、照会、取消ができます。

お知らせ



- ★初めて受診される方は「診療予約患者登録」をクリックして下さい。
- ★予約はあくまで目安ですので、他の患者様の状態により時間が前後する場合がございます。
- ★予約時間を過ぎても来院されない場合はキャンセルとなりますので御了承ください。

TEL:06-4700-7700

ここをクリック！

## にしやま消化器内科 予約患者登録

氏名 (受診される本人の名前)

カナ名 (全角カタカナ)

生年月日 (例:平成8年8月10日→平成080810)

生年月日の下6桁は初期パスワードとして登録されます。(例:080810)

平成

電話番号 (例-09012345678)

連絡の取れる番号(予約変更の際にご利用として登録されます)

住所




診察券番号

(初めての方は「99999」を登録して下さい。診察券番号をお忘れの方は受付までお電話下さい。)

いよいよ登録ですよ！

電話番号は絶対に間違えないでください！  
もう二度と確認できなくなってしまうので、  
必ず確認してください。

### にしやま消化器内科 予約患者登録

氏名 (受診される本人の名前)

西山 花子

カナ名 (全角カタカナ)

ニシヤマ ハナコ

生年月日 (例:平成8年8月10日→平成080810)

生年月日の下6桁は初期パスワードとして登録されます。(例:080810)

昭和

160608

電話番号 (例→09012345678)

連絡の取れる番号(予約変更の際IDとして登録されます)

09046454407

住所

〒 5450021 ハイフンなし 例)5400025

大阪府大阪市阿倍野区阪南町

5-23-18

診察券番号

(初めての方は「99999」を登録して下さい。診察券番号をお忘れの方は受付までお電話下さい。)

氏名 (受診される本人の名前)

西山 花子

カナ名 (全角カタカナ)

ニシヤマ ハナコ

生年月日 (例:平成8年8月10日→平成080810)

生年月日の下6桁は初期パスワードとして登録されます。(例:080810)

昭和

160608

電話番号 (例→09012345678)

連絡の取れる番号(予約変更の際IDとして登録されます)

09046454407

住所

〒 5450021 ハイフンなし 例)5400025

大阪府大阪市阿倍野区阪南町

5-23-18

診察券番号

(初めての方は「99999」を登録して下さい。診察券番号をお忘れの方は受付までお電話下さい。)

99999

登録確認へ

焦らず間違えないように  
慎重にお願いしますよ。  
(^o^)

昭和一行の方は最初に  
「0」を入れるのを忘れ  
ずに！

記入漏れはありま  
せんか??

9を5個です！

当院の診察券があれば  
その番号を。  
分からなければ9を5個  
でOKです。

確認できれば  
ここをクリック！

## にしやま消化器内科 予約患者登録確認

患者名  
西山花子

カナ名  
ニシヤマハナコ

生年月日  
昭和16年06月08日生

TEL  
09046454407

住所  
〒 5450021  
大阪府大阪市阿倍野区阪南町  
5-23-18

診察券番号  
99999

※患者情報の登録内容を確認して間違いがなければ、[患者登録する]ボタンを押して下さい。  
内容を訂正する場合は、[戻る]を押して下さい。

患者登録する

間違ってはいませんか？

電話番号を間違えてしまうと水の泡に・・・

間違いに気付けば、  
一つ戻りましょう。

患者名  
西山花子

カナ名  
ニシヤマハナコ

生年月日  
昭和16年06月08日生

TEL  
09046454407

住所  
〒 5450021  
大阪府大阪市阿倍野区阪南町  
5-23-18

診察券番号  
99999

※患者情報の登録内容を確認して間違いがなければ、[患者登録する]ボタンを押して下さい。  
内容を訂正する場合は、[戻る]を押して下さい。

患者登録する

戻る

ここをクリック！  
ご苦労様です。  
ここまで来れば終わったようなものです。

### にしま消化器内科 予約患者登録完了

西山花子様  
にしま消化器内科の患者登録が完了しました。

予約や登録内容の変更は患者メニューから行なってください。

患者メニュー

※メールアドレスをご登録いただきますと予約された日時を記した確認メールが yoyaku@junnavi.com から届きます。ご希望の方は、上記より空メール宛名、本文を何も変えずに10分以内にご返信して下さい。送信後、数分以内に登録完了メールが届きます。

空メール送信

もし、登録完了メールが届かない場合は、yoyaku@junnavi.comからのメールを迷惑メール設定されている可能性があります。メールが受信できない方はこちらをご参照下さい。

登録日時:2021年05月25日 23時40分

ここをクリック！

無視してOK

にしま消化器内科  
患者メニュー

西山花子様

予約状況照会

ご自身情報(略)

西山花子様 [変更]

予約する

2.未登録様 [登録]

3.未登録様 [登録]

4.未登録様 [登録]

基本情報編集

パスワード変更

メール受信テスト  
(メールアドレス登録)

トップページへ

混合申込み

ここをクリック！

さあ！  
いよいよ予約ですよ！

### 予約内容選択

予約内容を選択してください

初診

再診 (院長)

再診 (副院長)

上部消化管内視鏡

大腸検査事前受診

コロナワクチン

患者メニュー

### 予約内容選択

#### コロナワクチン

予約内容を選択してください

ファイザー1回目(8:30~17:30)

ファイザー1回目(11:30~17:30)

ファイザー1回目(14:30~17:30)

ファイザー1回目(17:30~20:30)

戻る

患者メニュー

好きな時間帯をクリック！

ここだけの話ですが、午後からは早い日で接種できますよ。



6月のカレンダーに行くためにクリック！



お好きな日をクリック！

## ファイザー1回目(14:30~17:30)

2021年06月10日(木)

ご希望の予約時間を選択してください

14:30~

14:45~

15:00~

15:15~

15:30~

16:00~

16:15~

前日

翌日

戻る

患者メニュー

好きなお時間をクリック！

夕方は空いて寛げて快適です。

選ぶ項目が無ければ、その日はもう予約一杯です。違う日で確かめましょう。

## 予約確認

 2021年06月10日(木) 15:00~  
 ファイザー1回目(14:30~17:30)

予約日時、同意事項をご確認いただき【決定】を押してください。

## 同意事項

- 21日後の同時刻に2回目の接種で時間変更はできないことを承諾します。
- 住民票とクーポン券の記載は同じです。
- 大阪市の接種券です。
- かかりつけの医師に予防接種を受けてよいと言われています。
- 最近1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしていません。
- けいれん(ひきつけ)を起こしたことはありません。
- 薬や食品などで、重いアレルギー症状(アナフィラキシーなど)を起こしたことはありません。
- これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありません。

これで仮予約は完了です。ほぼ完了ですが、あと一息です。頑張ってください！！

確認事項を一つ一つチェックしましょう！

- かかりつけの医師に予防接種を受けてよいとされています。
- 最近1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしていません。
- けいれん(ひきつけ)を起こしたことはありません。
- 薬や食品などで、重いアレルギー症状(アナフィラキシーなど)を起こしたことはありません。
- これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありません。
- 2週間以内に予防接種を受けていません。
- 問診票記入、同意欄記入を終えています。
- 駐車券のサービスが無いことを承諾します。
- 大阪市からのワクチン配送遅延で接種日がやむなく変更となることを了承します。

決 定

日付選択に戻る

時刻選択に戻る

患者メニュー

チェック出来ましたか？



### 予約確認

2021年06月10日(木) 15:00～  
ファイザー1回目(14:30～17:30)

予約日時、同意事項をご確認いただき【決定】を押してください。

### 同意事項

- 21日後の同時刻に2回目の接種で時間変更はできないことを承諾します。
- 住民票とクーポン券の記載は同じです。
- 大阪市の接種券です。
- かかりつけの医師に予防接種を受けてよいとされています。
- 最近1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしていません。
- けいれん(ひきつけ)を起こしたことはありません。
- 薬や食品などで、重いアレルギー症状(アナフィラキシーなど)を起こしたことはありません。
- これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありません。

- かかりつけの医師に予防接種を受けてよいとされています。
- 最近1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしていません。
- けいれん(ひきつけ)を起こしたことはありません。
- 薬や食品などで、重いアレルギー症状(アナフィラキシーなど)を起こしたことはありません。
- これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありません。
- 2週間以内に予防接種を受けていません。
- 問診票記入、同意欄記入を終えています。
- 駐車券のサービスが無いことを承諾します。
- 大阪市からのワクチン配送遅延、接種日がやむなく変更となることを了承します。

決 定

日付選択に戻る

時刻選択に戻る

患者メニュー

とうとう最後です。  
ここをクリック！

## 予約結果

下記の通り、予約が完了しました。  
予約はあくまで目安ですので患者様の状態により時間が前後することもあります。

西山花子様  
<ファイザー1回目(14:30~17:30)>  
2021年06月10日(木)  
15:00~

次の予約内容選択

患者メニュー

トップページ

予約完了時刻:2021年05月25日23時42分42秒

ご苦労様！！  
無事登録完了！  
(^\_^)v

ご家族の分を予約する方法

家族の予約を代理で予約する方法



まず当院のホームページを表示します。

表示できましたか？

さあいよいよスタートです。(^^)

ここをクリック！



もう一度クリック！



にしやま消化器内科

月初めは保険証をご提示下さい

日時予約

診療予約をされる方

診療予約患者登録

※予約するにはあらかじめ患者登録が必要です

患者メニュー

※こちらから予約、照会、取消ができます。

お知らせ

- ★初めて受診される方は「診療予約患者登録」をクリックして下さい。
- ★予約はあくまで目安ですので、他の患者様の状態により時間が前後する場合がございます。
- ★予約時間を過ぎても来院されない場合はキャンセルとなりますので御了承ください。

TEL:06-4700-7700

ご家族の分も登録しましょう！

にしやま消化器内科

患者登録がまだの方は下記より患者登録してください。

電話番号を入力して下さい。

パスワードを入力して下さい。

※初期値のパスワードは生年月日になっています。  
例)昭和48年 1月 3日→480103

ログイン

患者登録

パスワードを忘れた方

トップページへ

Copyright ©AISOL

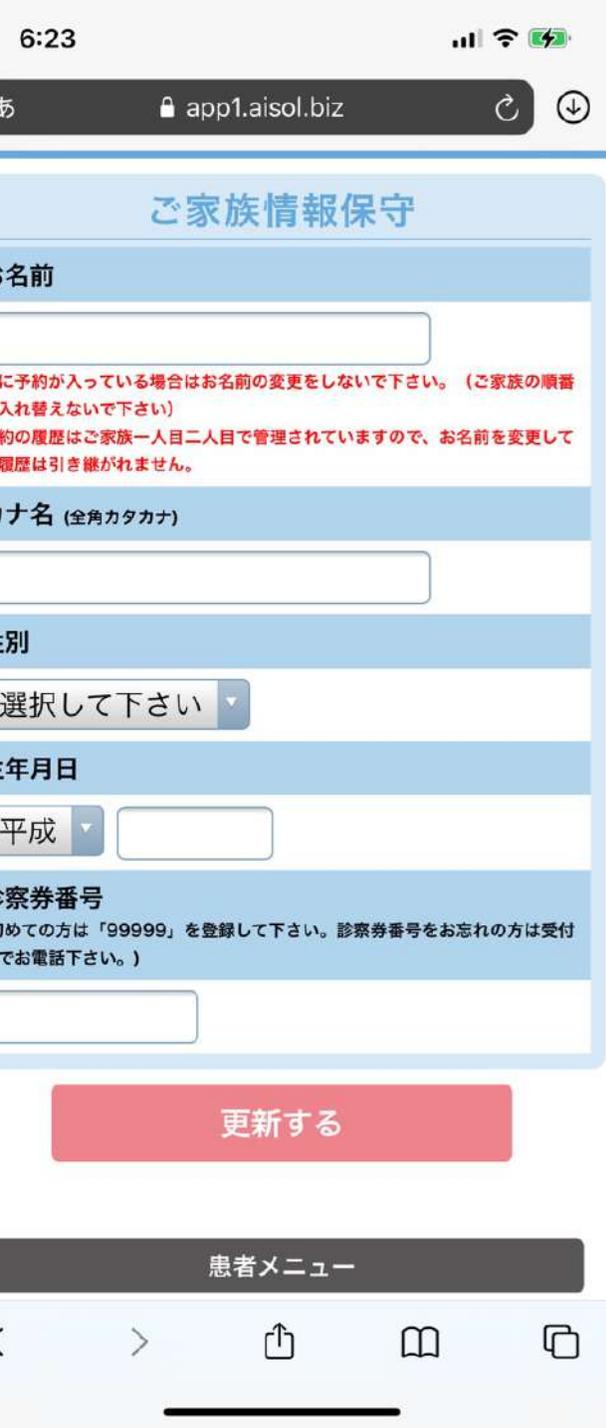
登録した方のお電話番号

登録した方の生年月日です



ここをクリック！





登録する家族のお名前

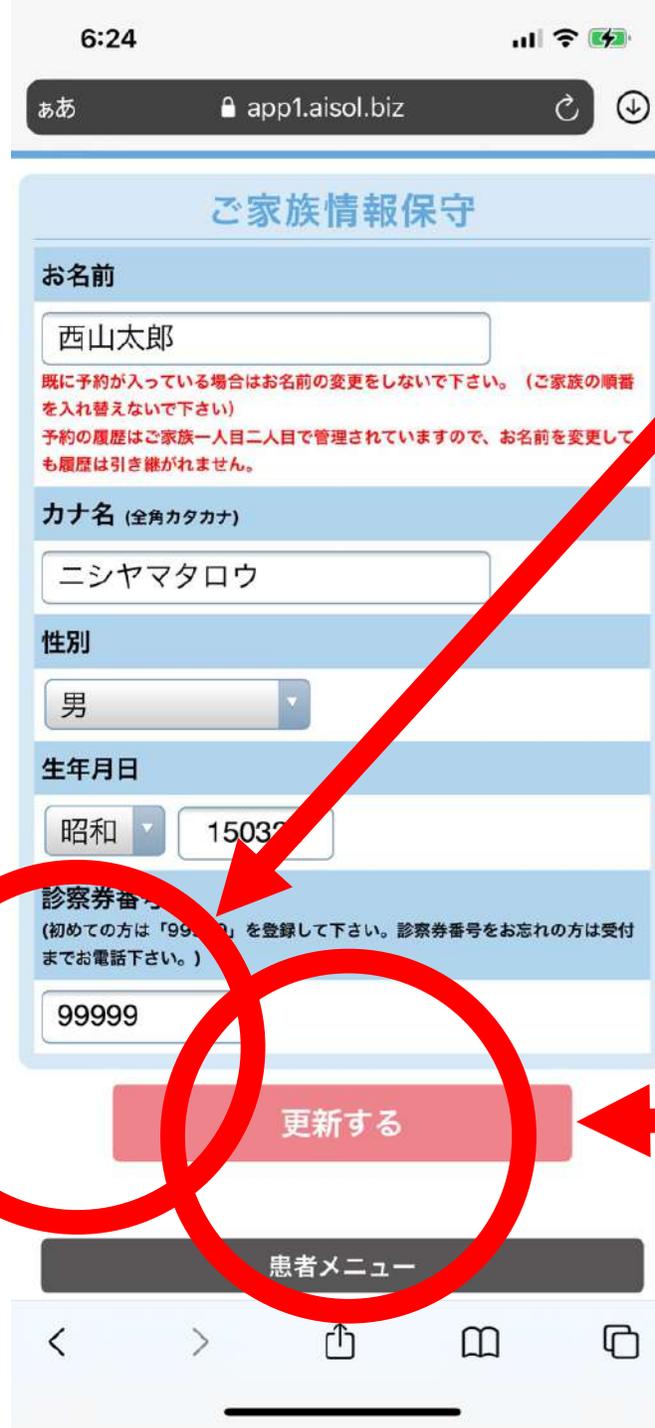
フリガナ

性別

生年月日です。  
昭和ですね？

生年月日を数字で続けて  
入れて下さい

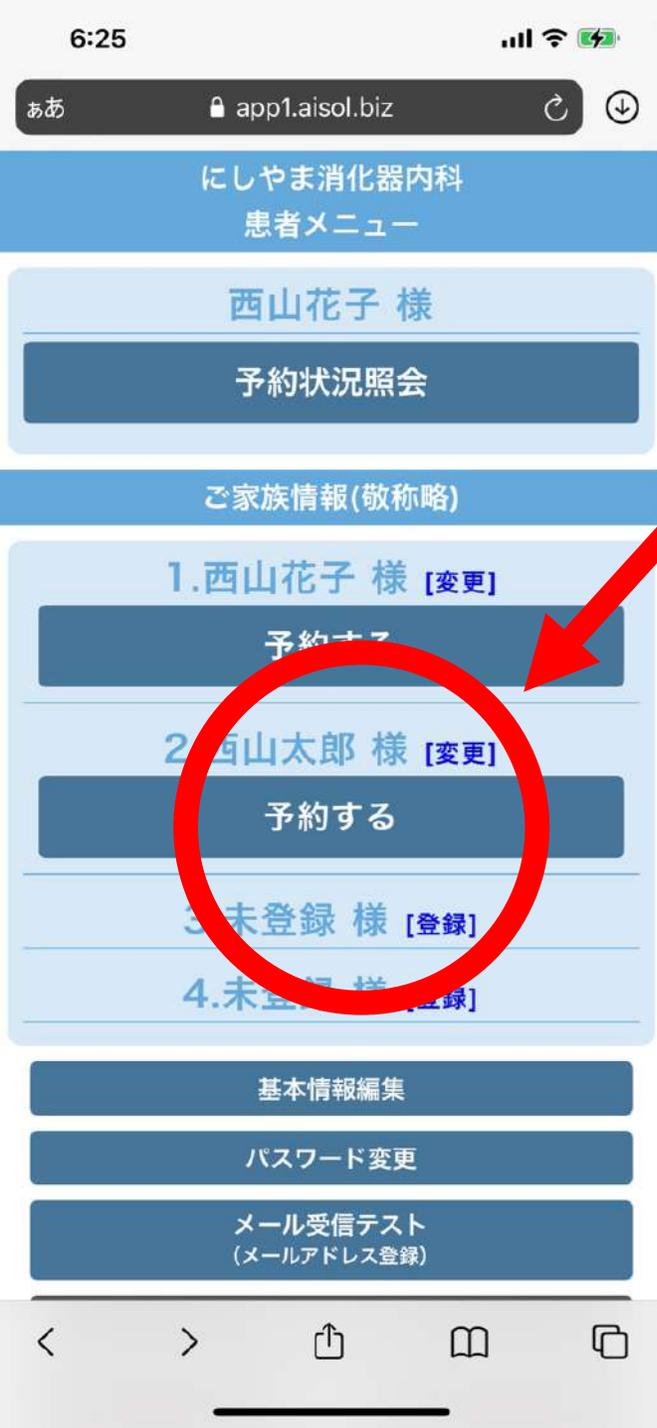
15年3月24日なら  
「150324」



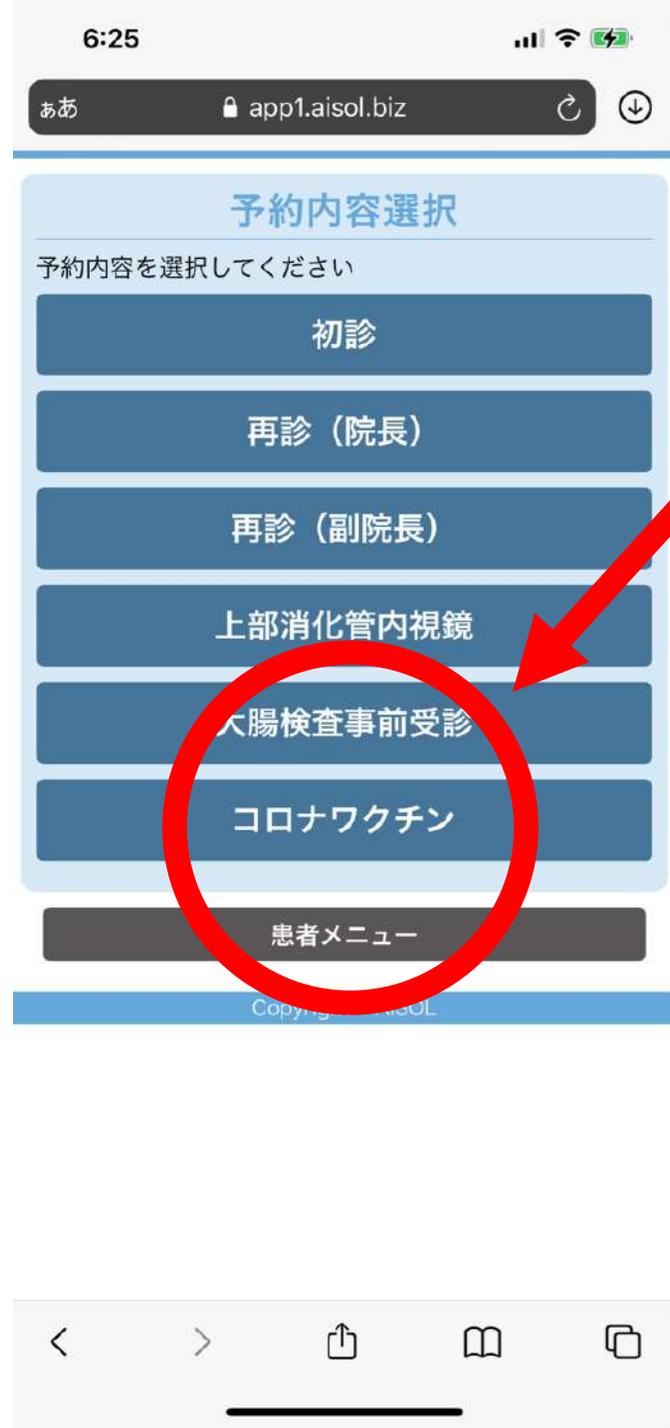
9を5個です！

当院の診察券があれば  
その番号を。  
分からなければ9を5個  
でOKです。

ここをクリック！



ここをクリック!



ここをクリック!

あとは同じ手順です。  
8ページを参考に

# 予約確認する方法



まず当院のホームページを表示します。

ここをクリック！



もう一度クリック！



にしま消化器内科

月初めは保険証をご提示下さい

日時予約

診療予約をされる方

診療予約患者登録

※予約するにはあらかじめ患者登録が必要です

患者メニュー

※こちらから予約、照会、取消ができます。

お知らせ



- ★初めて受診される方は「診療予約患者登録」をクリックして下さい。
- ★予約はあくまで目安ですので、他の患者様の状態により時間が前後する場合がございます。
- ★予約時間を過ぎても来院されない場合はキャンセルとなりますので御了承ください。

TEL:06-4700-7700

にしま消化器内科

患者登録がまだの方は下記より患者登録してください。

電話番号を入力して下さい。

パスワードを入力して下さい。

※初期値のパスワードは生年月日になっています。  
例)昭和48年 1月 3日→480103

ログイン

患者登録

パスワードを忘れた方

トップページへ

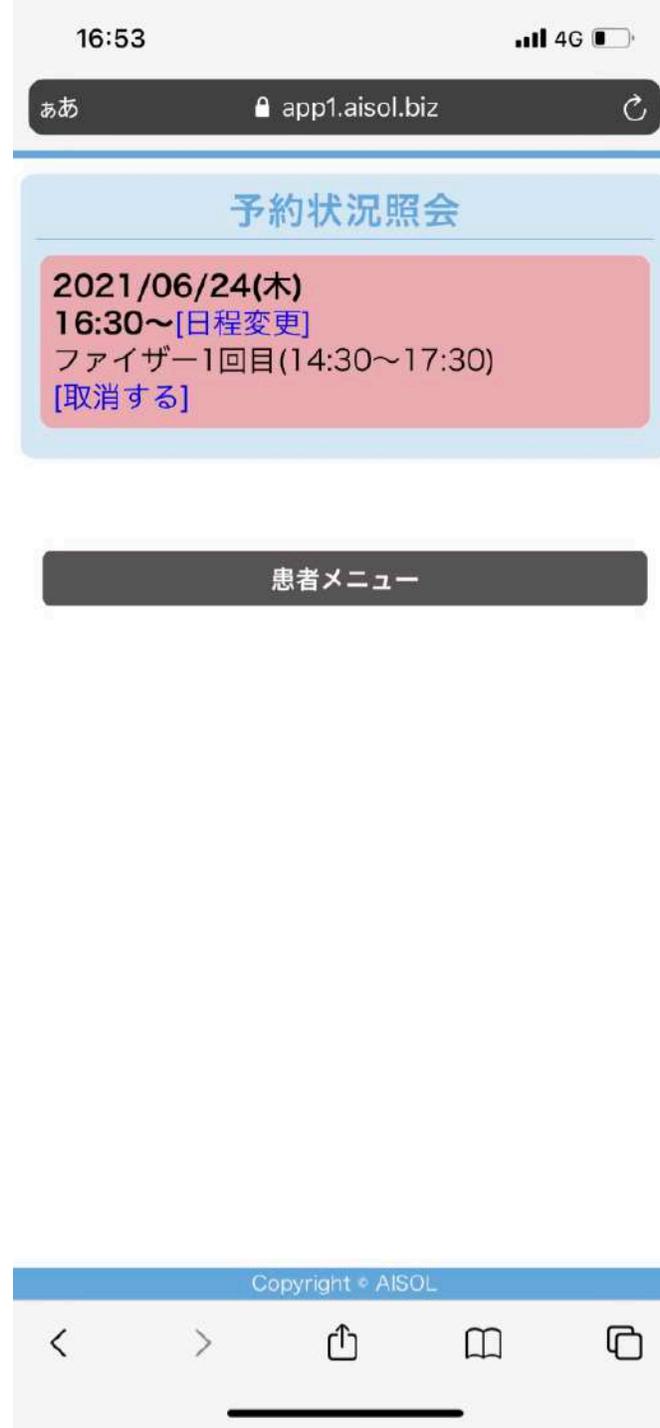
Copyright ©AISOL

登録した方のお電話番号

登録した方の生年月日です



ここをクリック！



予約の確認画面が表示されます。

ちなみに2回目の予約は21日後の同時刻です。

ご家族の分も併せて表示になります。

## 持ってきて頂くもののリスト

- 大阪市から届いた接種券  
(剥がしたりせずそのままの状態)
- 予診票  
(全て記入を済ませたもの。問診事項、署名欄、体温)
- 身分を証明できるもの  
(保険証、運転免許証など)
- 半袖でお越し下さい。

# 新型コロナワクチン接種の予診票

※太枠内にご記入またはチェック☑を入れてください。

※左側に合わせ、点線に沿ってまっすぐに貼り付けてください

(クーポン貼付)

住民票に記載されている住所	都 道 市 区 府 県 町 村	
フリガナ	( )	
氏名	電話番号 ( )	( )
生年月日 (西暦)	年 ( ) 月 ( ) 日 生 (満 ( ) 歳)	<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女
診察前の体温 ( ) 度 ( ) 分		

自宅での体温を記入

質問事項	はい	いいえ
新型コロナワクチンの接種を初めて受けますか。 (接種を受けたことがある場合 1回目: 月 日、2回目: 月 日)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
現時点で住民票のある市町村と、クーポン券に記載されている市町村は同じですか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
『新型コロナワクチンの説明書』を読んで、効果や副反応などについて理解しましたか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
接種順位の上位となる対象グループに該当しますか。 <input type="checkbox"/> 医療従事者等 <input type="checkbox"/> 65歳以上 <input type="checkbox"/> 60~64歳 <input type="checkbox"/> 高齢者施設等の従事者 <input type="checkbox"/> 基礎疾患を有する(病名: )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
現在、何らかの病気にかかって、治療(投薬など)を受けていますか。 病名: <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> 血が止まりにくい病気 <input type="checkbox"/> 免疫不全 <input type="checkbox"/> その他( ) 治療内容: <input type="checkbox"/> 血をサラサラにする薬( ) <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよと言われましたか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
最近1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。 病名( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
今日、体に具合が悪いところがありますか。 症状( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
薬や食品などで、重いアレルギー症状(アナフィラキシーなど)を起こしたことがありますか。 薬・食品など原因になったもの( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか。 種類( ) 症状( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
現在妊娠している可能性(生理が予定より遅れているなど)はありますか。または、授乳中ですか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2週間以内に予防接種を受けましたか。 種類( ) 受けた日( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
今日の予防接種について質問がありますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

かかりつけの先生の承諾を必ず受けて下さい。

記入漏れがあると当日接種が出来ないことがあります。

医師記入欄	以上の問診及び診察の結果、今日の接種は ( <input type="checkbox"/> 可能 ・ <input type="checkbox"/> 見合わせる ) 本人に対して、接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明した。 <input type="checkbox"/> 被接種者は6歳未満である (該当する場合は塗りつぶしてください)	医師署名又は記名押印
-------	---	------------

新型コロナワクチン接種希望書	
医師の診察・説明を受け、接種の効果や副反応などについて理解の上で、接種を希望しますか。( <input type="checkbox"/> 接種を希望します ・ <input type="checkbox"/> 接種を希望しません)	
この予診票は、接種の安全性の確保を目的としています。	
このことを理解の上、本予診票が市町村、国民健康保険中央会及び国民健康保険団体連合会に提出されることに同意します。	
年 月 日	被接種者又は保護者自署

医師記入欄	ワクチン名・ロット番号	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
	シール貼付位置	( ) ml	実施場所
※枠に合わせてまっすぐに貼り付けてください (注)有効期限が切れていないか確認		医療機関等コード	接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日
		2020年 月 日	