# 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。







医療法人西山会

#### にしやま消化器内科 ★版メトロ御堂筋線『西田辺駅』すぐ

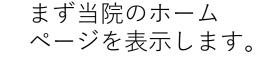


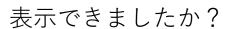










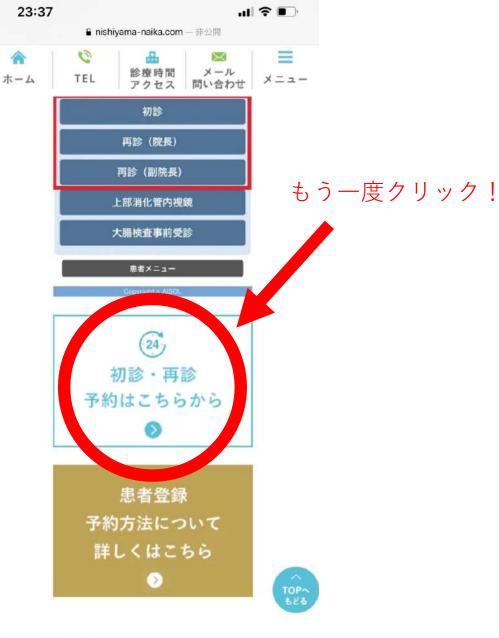


さぁいよいよスター トです。(^\_^)

### ここをクリック!









junnavi.com

C



ここをクリック!

にしやま消化器内科

月初め、小人は、一人提示下さい

#### 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、こかじめ患者登録が必要です

サメニ

※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 前後する場合もございます。
- ★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 a番号 (例→090123-連絡の取れる番号(予約変更に際し して登録されます) 住所 よし 例)5400025 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。)

app1.aisol.biz

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 くなってしまいます。

.II 🗢 🗊

■ app1.aisol.biz — 非公開

23:39

## 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桁は初期バ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(予約変更に際し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。)







焦らず間違えないように 慎重にお願いしますよ。  $(^{0})$ 

当院の診察券番号を 入力しないと先行予約 は受付不能となります。

ご本人名で予約お願いし ます。

予約者名と異なる場合は 当日接種できません。

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(予約変更に際し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

-7~- ···

昭和一桁の方は最初に 「0」を入れるのを忘れ ずに!

記入漏れはありま せんか??

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、間違いがなければ、[患者登録する]ボタン 押して下さい。 内容を訂正する場合 戻る]を押して下さい。

患者登録する

9

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。

1、小い心 日 古 水油 時心 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 メンを押し 内容を訂正する合は、[戻る]をか、 て下さい 患者登録する 戻 る G

app1.aisol.biz

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。

## ここをクリック!

無視してOK

#### 西山花子様

にしやま消化器内科の患者登録が完了しまし

にしやま消化器内科

予約患者登録完了

た。

予約や登録内 の変更は患者メニュー ら行 さい。

#### 患者メニュー

※メールプ・レスをご登録いただきます。予約され た日時を記した確認メールが yoyaku@jun vi.comから届きます。 ご希望の方は、マより空メールが 名、本文を何 も変えずに10分以内、 ※信して下さい 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ございます。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

Û



app1.aisol.biz

23:41

ああ

ここをクリック!

all 🗢 🗊

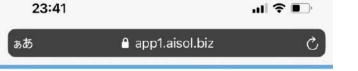
さぁ! いよいよ予約ですよ!













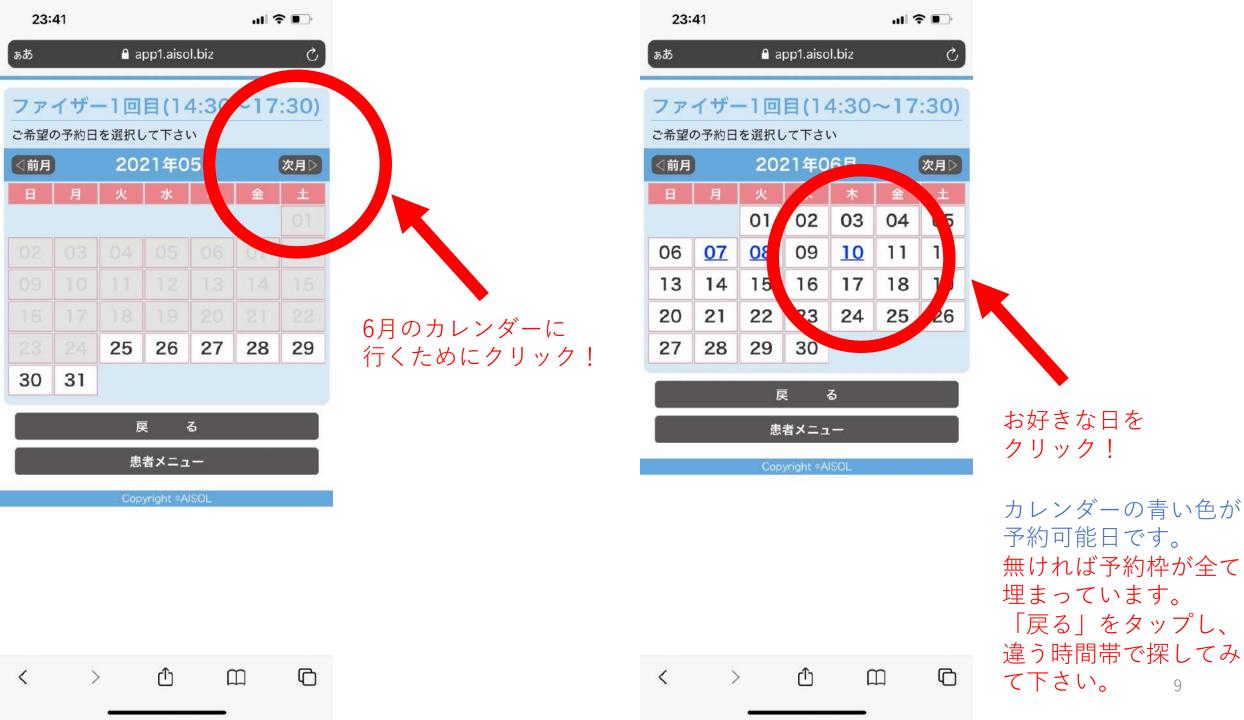
診察の予約をしても コロナワクチン接種 は出来ません。



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。





교 후 🗈

ああ app1.aisol.biz

### 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~

15:30~

16:00~

16:15~

患者メニュー

Û

前

15:00~

1FT

翌

 $\Box$ 

目

P

違う日で確かめましょう。

好きなお時間をクリッ

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。

23:42

ぁあ

.ıl 🗢 ■

A app1.aisol.biz

#### 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。



G

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!!

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。
- 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。

定

日付選択に戻る

時刻選択に戻る

患者メニュー

.... 🗢 🔳

ああ

チェック出来ましたか?

A app1.aisol.biz

#### 予約確認

2021年07月09日(金) 14:45~ 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。
- ☑ 新型コロナワクチンの接種を受けたことはありませ ho
- ☑ ポリエチレングリコールでのアレルギー反応の経験 はありません。
- ☑ 当日当院は休診での接種体制のため、解熱剤などは









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。
- ✓ 新型コロナワクチンの接種を受けたことはありません。
- ✓ ポリエチレングリコールでのアレルギー反応の経験はありません。
- ☑ 当日当院は休診での接種体制のため、解熱剤などは 処方は行えないことを理解しています。
- ☑ 2週間以内に予防接種を受けていません。
- ☑ 駐車券のサービスが無いことを承諾します。

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! ಹಶ 🔒 app1.aisol.biz

.11 🗢 🔳

23:42

#### 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 が前後することもございます。

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



予約確認する方法

予約日程変更・取り消しの方法





+ 大阪メトロ御堂筋線『西田辺駅』すぐ









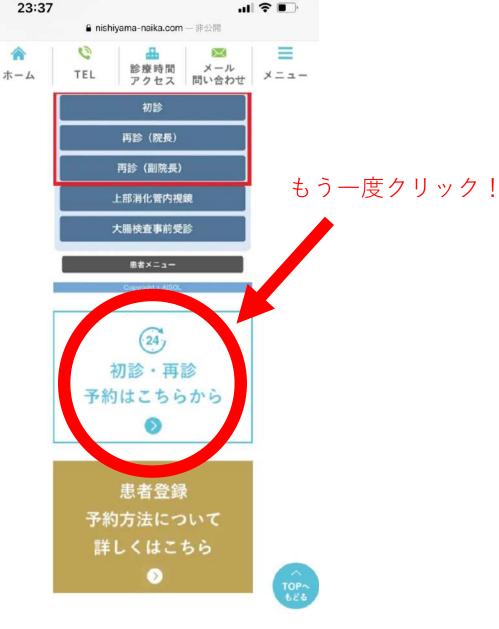


まず当院のホーム ページを表示します。

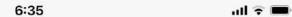


ここをクリック!









≜ junnavi.com







#### 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

#### 診療子グラグラ

※予約するにはあ しめ患者登録が必要です

#### 患者メニュー

※こちらから 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 前後する場合もございます。
- ★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











患者登録がまだの方は下記より患者登録してください。



登録した方のお電話 番号

登録した方の 生年月日です

患者登録

パスワードを忘れた方

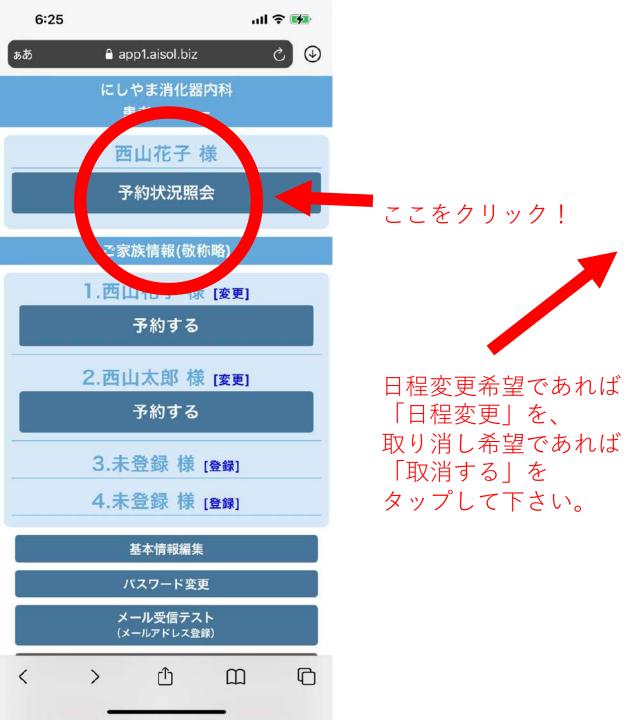
トップページへ

Copyright AISOL









ここをクリック!

日程変更希望であれば

「日程変更」を、

「取消する」を

タップして下さい。



患者メニュー

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で)
- □ 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。

利空コロノノノノノ女性ツブ砂宗	-
※太枠内にご記入またはチェック☑を入れてください。	※ <u>左隅</u> に合わせ、点線に沿って <u>まっすぐ</u> に
都 道 市 区 住民票に	貼り付けてください
記載されている住所	(クーポン貼付)
フリガナ 電話 ( )	
氏名	
生年月日   日生(満 日生(満 景)   男・[	女 診察前の体温 度 分
質問事項	四百吨。
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	<sub>目)</sub> はい 口いえ
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。	□ はい □いいえ
『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。	□ はい □いいえ
接種順位の上位となる対象グループに該当しますか。 □医療従事者等 □65歳以上 □60~64歳 □高齢者施設等の従事者 □基礎疾患を有する(病名:	□ はい □いいえ 
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: □心臓病 □腎臓病 □肝臓病 □血液疾患 □血が止まりにくい病気 □その他( 治療内容: □血をサラサラにする薬( )□その他(	□免疫不全 □ はい □いいえ )
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いと言われましたか。	□ はい □ いいえ
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(	) 🗌 はい 🔲 いいえ
今日、体に具合が悪いところがありますか。 症状(	) 🔲 はい 🔲 いいえ
けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。	□ はい □いいえ
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 ( )	□ はい □いいえ
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(	) 🗆 はい 🗆 いいえ
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	つですい。 🔲 はい 🔲 いいえ
2週間以内に予防接種を受けましたか。 種類( ) 受けた日(	) 🗌 はい 🔲 いいえ
今日の予防接種について質問がありますか。	□ はい □いいえ
以上の問診及び診察の結果、今日の接種は( □ 可能 ・ □ 見合わせる)	<b>区…。こ</b> 日文は記名押印
医師記入欄本人に対して、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。	
□ 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)	
新型コロナワクチン接種希望書	The transfer of the transfer o
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 た上で、接種を希望しますか。( ) 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 年 月 日	被接種者又は 保護者自署
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。 (※自事できない場合は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接権者との統所を記せ は登達者が16歳未満の場合は保護者自署、成年被後見人の場合は本人又はお	
	医療機関等コート・接種年月日は枠内に収まるよう記入してください。
実施場所	医療機関等コード
記	接種年月日 ※記入例)4月1日→04月01日
欄 貼り付けてください ml 医師名 (注)有効期限が切れていないか確認	2 0 2 年 月 日

# **自宅での体温を**記入

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。



そのままの状態でお持ち下さい。 シールを剥がしたり切ったり絶対にしないで下さい。 当日接種できず再発行が必要となる場合があります。