

- ② ご利用日時を選択・確認し注意事項をお読みください。
ご了承いただければ「予約する」を選択してください。

ご予約内容

ご利用日時 **必須** 2020/07/02(木) 16 : 00 ~ 2020/07/02(木) 16:15

医師 院長

受付・キャンセルに関する注意事項

受付開始	30日前の0時から受付を開始します
受付締切	1日前の12時まで受付が可能です
キャンセル受付締切	1日前の12時までキャンセルが可能です
キャンセルポリシー	※キャンセルされる場合は必ず前日までにご連絡下さい あらかじめ予定を確認の上、お約束をお取りいただきますようお願いいたします。 当日のご予約キャンセルは原則としてお電話にてよろしくをお願いいたします。 ※無断キャンセルはご遠慮下さい 円滑な診察を行うため、どうぞご理解とご協力をお願い致します。

戻る

予約する

リクルートIDで予約する

- ③ ご予約者様情報を入力し、間違いが無ければ「次へ」を選択してください。

ご予約者様情報

フリガナ (セイ) **必須** (全角カタカナ)

フリガナ (メイ) **必須** (全角カタカナ)

名前 (姓) **必須**

名前 (名) **必須**

電話番号 **必須** (半角数字/ハイフンなし)

メールアドレス **必須** (半角英数字または記号)

メールアドレス (確認用) **必須** (半角英数字または記号)

次へ

- ④ 受診前問診票に入力し「予約情報の確認に進む」を選択してください。
※初診の方は全ての項目を入力してください。

受診前問診

オンライン予約受付時間

平日（水曜日を除く）16：00 - 18：00

水曜のみ 11：00 - 13：00

発熱や咳や呼吸苦などの感染を疑う症状で受診される患者さんは電話での予約またはお問い合わせをお願いします。

082-849-6200

ご迷惑をおかけいたしますが、何卒直しくお願ひ申し上げます。

診療内容を選択してください **必須**

一般内科 リウマチ・膠原病科 呼吸器内科 その他

発熱などの感染を疑う症状はありますか？ **必須**

はい いいえ

受診内容を教えてください。 **必須**

初診受診 定期受診 定期以外での受診（体調不良など） 健診

本日はどうされましたか？(初診の方必ずご記入ください)

初診の方へ、他院さまからの紹介状持参予定はありますか？

はい いいえ

初診の方へ、最近他院さまで検査されていますか？

はい いいえ

*検査結果をお持ちの方は持参していただくようお願いいたします。

初診の方へ、お薬手帳はお持ちですか？

はい いいえ

*お薬手帳をお持ちの方は持参していただくようお願いいたします。

他に伝えたいことがあれば入力してください

戻る

予約情報の確認に進む

- ⑤ ご予約内容を確認しキャンセルについての注意事項をお読みください。
ご了承いただければ「上記に同意して予約を確定する」を選択してください

キャンセルに関する注意事項

キャンセル受付締切	1日前の12時までキャンセルが可能です
キャンセルポリシー	※キャンセルされる場合は必ず前日までにご連絡下さい あらかじめ予定を確認の上、お約束をお取りいただきますようお願いいたします。 当日のご予約キャンセルは原則としてお電話にてよろしくようお願いいたします。 ※無断キャンセルはご遠慮下さい 円滑な診察を行うため、どうぞご理解とご協力をお願い致します。

[利用規約](#) [プライバシーポリシー](#)

上記に同意して予約を確定する

- ⑥ ご予約が完了しますと登録されたメールアドレスに確認のメールが届きます。
届いたメールを確認していただき【予約番号】と【認証キー】が記載されていますので、
診察当日まで破棄せず保存していただくようお願いいたします。

ご予約申込の完了

予約番号は、お問い合わせの際に必要となりますのでお控えください。
また、確認のメールをお送りしましたので、ご予約内容を必ずご確認ください。

予約番号	10EZL4FSQ
------	-----------