インターネット検査予約システム

《ご利用ガイド》

インターネットから検査予約を行う方法を説明いたします。

予約システム専用アドレス(URL)

https://www3.e-renkei.com/hospital/minamiosaka/login.php

社会医療法人 景岳会 南大阪病院	インターネット検査予約システム 連携医療機関専用	
医療機関IDとパスワードを入力し	てください。	
	この予約システムは医療機関様専用です。 一般の患者様はご利用いただくことは出来ません	•
	医療機関ID パスワード	
	ログイン リセット	
>	※ご予約の方法は「ご利用ガイド」をダウンロードしてくた	četv.
	ご利用ガイド	ご利用ガイドは
		こちらからダウンロード
	社会医療法人景岳会 南大阪病院 〒559-0012 大阪市住之江区東加賀屋1-18-18 TEI:06-6685-0221	できます。



〒559-0012 大阪市住之江区東加賀屋 1-18-18 TEL.06-6685-0221

インターネット予約	P1~4
マイページについて	P5
予約票の印刷	P6
入力情報の修正	P7
予約取消(キャンセル)	P8
予約の振替(予約日時変更)	P9•10
登録情報(医療施設)の変更	P11•12

インターネット予約(1)

① 下記ページにアクセスして当院が発行した「医療機関 ID」「パスワード」を使ってログインします。



② 依頼する検査項目、又は画像を選択(クリック)します。



インターネット予約(2)

③ 「カレンダー」から予約希望日を選択(クリック)ます。

	社会医療法 有大阪	人 景岳会 瓦 病院		インジ	ターネ 連	ット検 携医療機	昏 <mark>予約システム</mark> ^{関専用}			
トスメディ	カルクリ	ニック様						Н	DME マイページ	
								2024年10月22日	(火) 16時19分現在	
▶ 診療情	韩银提供書	(pdf)	於療 「	青報提供書	書(doc)					
●予約日	時を選掛	Rして下 る	さい。							
内視鏡椅	會(胃力	メラ)								
В	в	2 /1/	024年10 水	月→ ★	全	+	2024	4年10月24日(木	$() \rightarrow$	
	/1	1 *	2 *	3 *	4	5 *	9:00		予約	
6 休	7 *	8 *	9 *	10 *	11 *	12 *	9:15		選択した検ィ	李佰日から
13 休	14 休	15 *	16 *	17 *	18 *	19 *	9:30		直近の予約	
20 休	21 *	22 *	23 *	24 O	25 O	26 O			ニーブルが	う記しのクイム まデナれます
27 休	28 O	29 O	30 O		///				ノーノルかる	
8	в	11	2024年1		他の	日を予	りしたい場合は の予切口を			
		~			クリ	ンター ックし	こ 布主口で ます。			
3 休	4 休	5 0	6 0	7	Ō	Ō				
10 休	11 O	12 O	13 0	14 O	15 O	16 0				
17 休	18 O	19 O	20 O	21 O	22 O	23 休				
24 休	25 *	26 *	27 *	28 *	29 *	30 *				

④ 「タイムテーブル」から予約希望時間を選択(クリック)ます。



インターネット予約(3)

④ 予約情報を入力します。

xxrdnu/yu=ydx * y=q-Qfdšougi lsivijugilso; • Pohlakaz,hu u= valita 2024#11月6日 (%) 9%15% • Pohlakaz,hu u= valita > Natikakaz (h) valita • Pohlakaz,hu u= valita > Natikaz (h) valita • Pohlakaz,h	南大阪病院	インターネット検査予約システム
スメディカルクリニッグ経 は必須項目です。 ・お約情報を入力して下さい。 は必須項目です。 *印は必須です。 シロ4年11月6日 (水) 9時15分 予約日時 2024年11月6日 (水) 9時15分 紹介元能設 トスメディカルクリニック 予約項目 内境議検査(有カメラ) 患者氏名、 住之江 太郎 患者氏名、 住之江 太郎 患者氏名(力力) スミノエ タロウ 生年月日 2018年/平成30年 、7 、月 10 、日 患者修飾 559-0012 生年月日 2018年/平成30年 、7 、月 10 、日 患者修飾 559-0012 生年月日 2018年/平成30年 、7 、月 10 、日 患者修飾 559-0012 生作用自 2018年/平成30年 、7 、月 10 、日 患者住所(御道南県) 大阪府 患者住所(御区都以降) 大阪府 患者住所(市区都以降) 大阪府 農者住所(市区都以降) 大阪府 電話線先 06-6685-0221 健議集年 (616/547) 01111111 記号 12345678 12 健力 10 12 単方 1 0 ● 本人 ○ 家族 1245678 健員目的 2 0 それ以外 営 1 0 それ以外 ● スクリーニング ○ それ以外 <td></td> <td>*マーク付きの項目</td>		*マーク付きの項目
• PN0hft能を入力して下さい。 *印は必須です。 * PN0時 2024年11月6日(水)9時15分 総介売施設 トスメディカルグリニック 予約項目 内規請整重(増力メラ) 書名氏名 住之江 太郎 書名氏名(力力) スミノエ タロウ 生年月日 2018年/平成30年 ~ 7 ~ 月 10~ 日 書名任約 ● 男性 ○ 女性 書名任約 ● 男性 ○ 女性 書名任約 ● 男性 ○ 女性 書名任所(都道府県) 大阪府 慶名住所(小区都以陰) 大阪府 書名任所(市区都以陰) 大阪市住之江区東加賀屋1-18-18 慶名住所(小松街) ● 日 ● 66685-0221 保護書号(6桁/6桁) ● 日 ● 日 ● 日 ● 日 ● 日 ● 日 ● 日 ● 日 ● 日 ● 日 ● 日 ● 日 ● 日 ● 日 ● 日 ● 日 ● 日 </td <td>スメディカルクリニック様</td> <td></td>	スメディカルクリニック様	
・PuilaideZ, PuilaideZ, Puilaid	●又幼桔報友】カレナ下さい	「「「「「「」」」、「「」」、「」、「」、「」、「」、「」、「」、「」、「」、「
PADBB 2024年11月6日 (x) 98150 彩印品路 トスメディカルクリニック 予約項目 内規規修室(育力メラ) 憲者氏名 * 住之江 太郎 憲者氏名 (力力) スミノエ タロウ 生年月日 2016年/平成30年 ~7 ~月 10~日 憲者監例 ● 男性 ○女性 憲者部便醫号 559-0012 住所自動入力 慶者住所(部道府県) 大阪府 慶者住所(市区都以路) ○6-6685-0221 電話連絡先 06-6685-0221 「報着醫者 (6桁/6桁) 0111111 ● 市 1 ●本人 ○家族 受診歴 * ○無し ○有り * 「有り」の場合は診察器号 12345678 校室目的 * ○スクリーニング ○それ以外」 ぞれ以外の検喜目的を記入して下さい 注)検査目的で「それ以外」を選択した場合は必須	● J 和 前報を入力して下さい。	
紹介元能設 トスメディカルクリニック 予約項目 内境規検査((用カメラ) 患者氏名* 住之江 太郎 患者氏名 (カナ) スミノエ タロウ 生年月日 2018年(平成30年、、「、、月10、日 患者性別 の男性 (女性) 患者健別 男性 (女性) 患者健所(部道府県) 大阪府 患者住所(市区都以路) 大阪市住之江区東加賀屋 (-18-18) 電話連絡先 06-6685-0221 電話連絡先 06-6685-0221 保険者番号 (6桁/6桁) 01111111 111 10号 12345678 11 要求 「無し ● 有り ※ (有り) の場合は診療券番号 12345678 校室目的 * のスクリーニング (それ以外) を選択した場合は必須 それ以外の検査目的を記入して下さい 注) 検査目ので「それ以外」を選択した場合は必須	予約日時	2024年11月6日 (水) 9時15分
予約項目 内規規装置(用カメラ) 患者氏名 住之江 太郎 患者氏名 (カナ) スミノエ タロウ 生年月日 2018年/平成30年 ~7 ~月 10 ~日 患者生用日 2018年/平成30年 ~7 ~月 10 ~日 患者生用日 2018年/平成30年 ~7 ~月 10 ~日 患者生用日 9男性 ○女性 患者が保護号 559-0012 住所自動入力 患者生所(部近朝以降) 大阪市 患者住所(市区朝以降) 大阪市 電話連絡先 06-6685-0221 電話連絡先 06-6685-0221 最佳目 10111111 記号 12345678 毎月 1 0 ●本人 ○家族 ○太り ○それ以外 交び座 * ○スクリーニング ○それ以外 そ知いや 向き ※ 「有り」の場合は診察券番号 12345678 1 作取目的 * ○スクリーニング ○それ以外	紹介元施設	トスメディカルクリニック
患者氏名 住之江 太郎 患者氏名 (カナ) スミノエ タロウ 生年月日 2018年/平成30年 ~7 ~月 10 ~日 患者性別 ●男性 ○女性 患者勤優番号 559-0012 住所自動入力 患者任所(部道府県) 大阪府 患者住所(部道府県) 大阪府 農者住所(市区郡以降) 「和市住之江区東加賀屋1-18-18 電話連絡先 06-6685-0221 電話連絡先 06-6685-0221 電話 (市人の市街) 01111111 記号 12345678 雪号 1 1 ●本人 ○家族 12345678 受怒症 * ○無し ●有り * 「有り」の場合は診察労番号 12345678 検査目的 * ○スクリーニング ○それ以外 ぞれ以外の検査目的を記入して下さい 注) 検証目的で「それ以外」を選択した場合は必須	予約項目	内視鏡検査(胃力メラ)
ままた名(カナ) スミノエ タロウ 生年月日 2018年/平成30年 7 7 月 10 7 日 患者性別 9男性 女性 患者単原番号 559-0012 住所自動入力 患者は所(部道応県) 大阪府 患者住所(前道応県) 大阪市 患者住所(市区都以路) 大阪市住之江区東加賀屋1-18-18 電話連絡先 06-6685-0221 電話連絡先 06-6685-0221 作業者量号(6桁/8桁) 01111111 ご見 12345678 毎月 1 ● 本人 ●家族 受診歴 * ● スクリーニング ● それ以外」 それ以外の検査目的を記入して下さい 注) 検査目的で「それ以外」を選択した場合は必須	患者氏名 *	住之江太郎
生年月日 2018年/平成30年 ~7 ~月10 ~日 患者性別 ●男性 ○女性 患者単別 ●男性 ○女性 患者●原番号 559-0012 住所自動入力 患者住所(都道府県) 大阪市 患者住所(市区都以降) 大阪市住之江区東加賀屋1-18-18 電話連絡先 06-6685-0221 電話連絡先 06-6685-0221 健主 10111111 記号 12345678 雪号 1 ●本人 ○家族 受診歴 * ●無し ●有り ※「有り」の場合は診察券番号 12345678 検査目的 * ○スクリーニング ○それ以外 それ以外の検査目的を記入して下さい 注) 検査目的で「ぞれ以外」を選択した場合は必須	患者氏名(カナ)	スミノエ タロウ
患者性別 ●男性○女性 患者節使番号 559-0012 住所自動入力 患者住所(都道府風) 大阪府 患者住所(市区都以降) 大阪市住之江区東加賀屋1-18-18 電話連絡先 06-6685-0221 電話連絡先 06-6685-0221 保険者番号(6桁/8桁) 0111111 ご号 12345678 電号 1 ●本人 ○家族 受診歴 * ●無し ●有り * 「有り」の場合は診察券番号 12345678 検査目的 * ○スクリーニング ○それ以外 それ以外の検査目的を記入して下さい 注)検査目的で「それ以外」を選択した場合は必須	生年月日	2018年/平成30年 7 ▼ 月 10 ▼ 日
患者郵便番号 559-0012 住所自動入力 患者住所(都道府県) 大阪府 患者住所(市区郡以降) 大阪市住之江区東加賀屋1-18-18 電話連絡先 06-6685-0221 電話連絡先 06-6685-0221 保険書番号(6桁/8桁) 01111111 記号 12345678 電号1 0本人 ○家族 受診歴* ○無し ●有り ※「有り」の場合は診察券番号12345678 検査目的* ○スクリーニング ○それ以外」を選択した場合は必須 それ以外の検査目的を記入して下さい 注) 検査目的で「それ以外」を選択した場合は必須	患者性別	● 男性 ○ 女性
患者住所(都道府県) 大阪府 患者住所(市区都以降) 大阪市住之江区東加賀屋1-18-18 電話連絡先 06-6685-0221 電話連絡先 06-6685-0221 保険者番号(6桁/8桁)[01111111 記号 12345678 番号 1 ●本人 ○家族 受診歴* ○無し ●有り ※「有り」の場合は診察券番号 12345678 検査目的* ○スクリーニング ○それ以外」を選択した場合は必須 それ以外の検査目的を記入して下さい 注) 検査目的で「それ以外」を選択した場合は必須	患者郵便番号	559-0012 住所自動入力
患者住所(市区部以陰) 大阪市住之江区東加賀屋1-18-18 電話連絡先 06-6685-0221 保険者番号(6桁/8桁)(01111111 保険者番号(6桁/8桁)(01111111 2号[12345678 2号[12345678 2号原 2時日 2時日 2時日 2時日 2日の 2日の<	患者住所(都道府県)	大阪府
電話連絡先 06-6685-0221 保険者番号(6桁/8桁) 01111111 健う 12345678 超号 1 ・本人 ○家族 ○本人 ○家族 受診歴* ○知し ○月り ※「有り」の場合は診察券番号 検査目的* ○スクリーニング ○それ以外」を選択した場合は必須 それ以外の検査目的を記入して下さい 注) 検査目的で「それ以外」を選択した場合は必須	患者住所(市区郡以降)	大阪市住之江区東加賀屋1-18-18
保険者番号(6桁/8桁)0111111 記号[12345678 記号[12345678 番号[1 ○本人 ○家族 受診歴* ○無し ●有り ※「有り」の場合は診察券番号[12345678 検査目的* ○スクリーニング ○それ以外 それ以外の検査目的を記入して下さい 注)検査目的で「それ以外」を選択した場合は必須	電話連絡先	06-6685-0221
記号 12345678 母号 1 ・本人 ○家族 受診歴* ・無し ●有り ※「有り」の場合は診察券番号 12345678 検査目的* ・スクリーニング ○それ以外」 それ以外の検査目的を記入して下さい 注) 検査目的で「それ以外」を選択した場合は必須		保険者番号(6桁/8桁) 01111111
保険値報 番号 1 ●本人 ○家族 受診歴* ○無し ●有り ※「有り」の場合は診察券番号 12345678 検査目的* ●スクリーニング ○それ以外 それ以外の検査目的を記入して下さい 注) 検査目的で「それ以外」を選択した場合は必須		記号 12345678
●本人 ○家族 受診歴* ●無し ●有り ※「有り」の場合は診察券番号 12345678 検査目的* ●スクリーニング ○それ以外 それ以外の検査目的を記入して下さい 注)検査目的で「それ以外」を選択した場合は必須	保険情報	·····································
受診歴* ○無し ●有り ※「有り」の場合は診察券番号 12345678 検査目的 * ● スクリーニング ○ それ以外 それ以外の検査目的を記入して下さい 注)検査目的で「それ以外」を選択した場合は必須		● 太人 〇 家姓
検査目的* スクリーニング 〇 それ以外 それ以外の検査目的を記入して下さい 注)検査目的で「それ以外」を選択した場合は必須 <td>受診歴 *</td><td>○ 毎() ● 有() ※「有()」の場合は診察券番号 12345678</td>	受診歴 *	○ 毎() ● 有() ※「有()」の場合は診察券番号 12345678
	检查目的 *	 スクリーーング 〇子わりみ、
	それ以外の検査目的を記入して下さい	注)検査目的で「それ以外」を選択した場合は必須
		社会医療法人最低会市大阪病院
社会医療法人最近会、南人阪務院		〒559-0012 大阪市住之江区東加賀屋1-18 「送信」ボタンをクリックします。
社会医療法人景話会 南大阪病院 入力が完了したら 〒559-0012 大阪市住之江区東加賀屋1-18 「送信」ボタンをクリックします。		TEL:06-6685-0221



入力情報は「マイページ」から追加・変更が可能です。

インターネット予約(4)

⑥ 予約が完了しました。

	建防区 旅城 医 表	用		
スメティカルクリニック様			HOME マイページ	
●予約を受けしました				
●予約を文刊しました。	※予約内容の亦再けマイペー≈	から行ってください		
予約日時	2024年11月6日 (水) 9時15分	0.0110 C < /22016		
8介元施設	トスメディカルクリニック			
予約項目	内視鏡检査(目力メラ)			
ままた ままた 生また 生また 生また し し し し し し し し し し し し し	(日)			
生在月日 (1)(1)(1)(1)(1)(1)(1)(1)(1)(1)(1)(1)(1)(2018年/平成30年 7月10日			
串者性別	里性			
	559-0012			
思告は、(都道府県)	大阪府			
串考住所(市区郡以降)	大阪市住之江区東加賀屋1-18-1	8		
■話連絡先	06-6685-0221			
	保険者番号:01111111			
	記号:12345678			
保険情報	番号:1			
	*			
受診歴	有り 診察券番号:12345678			
	スクリーニング			
それ以外の絵香日的を記入して下				
<u>7</u>	5約票を印刷します。 会 〒5 ³⁹⁻⁰⁰¹² 大阪市住之江 TEL:06-6685	 WEB予約専用 紹介元医療機関 検査項目 	検査予約票 住之江 太郎 トスメディカルクリニック 内視鏡検査(胃カメラ)	2024年10J 様
<u>7</u>	5約票を印刷します。 〒5 ³⁹⁻⁰⁰¹² 大阪市住之江 TEL:06-6685	 ඥ田子約専用 総介元医療機関 検査項目 や 奇項目 や 新日時 ・当日は「診療情報 をご持参の上、新 ・食物が残っていて ください。水(透明 薬(糖尿病の薬以外 ・検査当日 感冒症 症状がある場合は電 	検査予約票 住之江 太郎 トスメディカルクリニック 内視鏡検査(胃カメラ) 2024年11月6日 (水) 09時15分 ※検査予約時間の30分前にお越しくださ 線位書予約時間の30分前にお越しください。 は十分な検査ができません。前夜0時以降 なもの)は当日も1時間前まで飲んでいた)は検査2時間前までに服用してください。 状のある場合は検査を受けて頂けないこと 話で変更しますので下記へご連絡ください。 21(内視鏡センター)	2024年10, 様 様 証・医療券」・「お薬引 証・医療券」・「お薬引 だいて結構です。当日専 。 もございます。 。
<u>₹</u>	⁵ 約票を印刷します。 〒5 ^{:39-0012} 大阪市住之江 TEL:06-6685	 ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■	検査予約票 住之江 太郎 トスメディカルクリニック 内視鏡検査(胃カメラ) 2024年11月6日 (水) 09時15分 塗検査予約時間の30分前にお越しください (紹介状) 」・「健康保険証・医療 趣受付窓口 (1階) までお越しください、 は十分な検査ができません。前夜0時以降 なもの) は当日も1時間前まで飲んでいた) は検査2時間前までに服用してください、 状のある場合は検査を受けて頂けないこと 話で変更しますので下記へご連絡ください まで変更しますので下記へご連絡ください 21(内視鏡センター) 貴岳会 南大阪病院 5-0221 / FAX・ 06-6683-0086	2024年10) 様 証・医療券」・「お薬手 はた以外のものは服用し だいて結構です。当日朝 もございます。。

- 4 -

マイページでは次の操作が出来ます。

- 1. 予約内容の確認 2. 予約票の印刷 3. 予約入力情報の追加・修正 4. 予約の取消(キャンセル)
- 5. 予約振替 6. パスワードの変更 7. メールアドレスの登録
- ① マイページにアクセスします。



② 現在の予約が表示されます。

南大阪病院	インターネット検査予連携医療機関専	約システム ^用	
トスメディカルクリニック	美		HOME
		2024	年 <i>10月24</i> 日(木) <i>11時31</i> 分現在
マイページ			
	更新過去の予約	登録情報	
現在の予約			
※予約日時をクリックする	ると予約情報の確認が出来ます。		
▼ 予約日時	診療科目	患者氏名	予約票
2024/11/06 09:15	内視鏡検査(胃カメラ)	住之江太郎	印刷 *
	予約日時をクリ	ックします。	

③ 予約内容の確認が出来ます。

7 メディカルクローック様		HOME マイページ
ヘメディ カルクリーック依		HOME CONT
予約内容確認		
予約日時	2024年11月6日 (水) 9時15分	
紹介元施設		
	内視鏡検査(智力メラ)	
患者氏名	住之江太郎	
生年月日	2018年/平成30年 7月10日	
患者性別	男性	
患者郵便番号	559-0012	
患者住所(都道府県)	大阪府	
患者住所(市区郡以降)	大阪市住之江区東加賀屋1-18-18	
電話連絡先	06-6685-0221	
	保険者番号:01111111	
保険情報	記号:12345678	
	番号:1	
	本人	
受診歴	有り 診察券番号:12345678	
検査目的	スクリーニング	
それ以外の検査目的を記入して下す	<u>きい</u>	

予約票の印刷

① 予約票の印刷



※予約票は検査項目によって異なる場合がございます。

入力情報の修正

① 入力情報の修正

社会医療法人 景岳会 市大阪病院 市大阪病院	 インターネット検査予約システム 連携医療機関専用 				
トスメディカルクリニック様	HOME マイページ				
●予約內容確認					
予約日時	2024年11月6日 (水) 9時15分				
紹介元施設	トスメディカルクリニック				
予約項目	内視鏡検査(胃力メラ)				
患者氏名	住之江 太郎				
患者氏名(カナ)	スミノエ タロウ				
生年月日	2018年/平成30年 7月10日				
患者性別	男性				
患者郵便番号	559-0012				
患者住所(都道府県)	大阪府				
患者住所(市区郡以降)	大阪市住之江区東加賀屋1-18-18				
電話連絡先	06-6685-0221				
	保険者番号:01111111				
保険情報	記号:12345678				
	番号:1				
	本人				
受診歴	^{有り 診察券番号 : 12345678} 「入力情報修正」をクリックします。				
検査目的	スクリーニング				
それ以外の検査目的を記入して下さい					
	予約票 入力情報修正 予約取消 日時振替				

① 入力情報の修正・追加を行います。

一 南大阪病院	連携医療機関専用				
スメディカルクリニック様	HOME 국イページ				
●入力情報の修正					
予約日時	2024年11月6日 (水) 9時15分				
紹介元施設	トスメディカルクリニック				
予約項目	内視鏡検査(胃力メラ)				
患者氏名 *	住之江 太郎				
患者氏名(力ナ)	スミノエ タロウ				
生年月日	2018年/平成30年 🔹 7 🔹 月 10 🗸 日				
患者性別	● 男性 ○ 女性				
患者郵便番号	559-0012 住所自動入力				
患者住所(都道府県)	大阪府				
患者住所(市区郡以降)	大阪市住之江区東加賀屋1-18-18				
電話連絡先	06-6685-0221				
	保険者番号(6桁/8桁) 01111111				
(C 20.14+2	記号 12345678				
「水」「児」「月羊似	쯀号 1				
	●本人 ○家族				
受診歴 *	○ 無し ● 有り ※「有り」の場合は診療券番号 12345678				
検査目的 *	● スクリーニング ○ それ以外				
それ以外の検査目的を記入して下さい	注)検査目的で「それ以外」を 修正後「変更」をクリックします。				

予約の取消(キャンセル)

① 予約取消(キャンセル)も予約内容確認画面から行います。

南大阪病院	インターネット検査予約シ 連携医療機関専用	ステム		
トスメディカルクリニック様			HOME	マイページ
●予約內容確認				
予約日時	2024年11月6日 (水) 9時15分			
紹介元施設	トスメディカルクリニック			
予約項目	内視鏡検査(胃力メラ)			
患者氏名	住之江 太郎			
患者氏名(カナ)	スミノエ タロウ			
生年月日	2018年/平成30年 7月10日			
患者性別	男性			
患者郵便番号	559-0012			
患者住所(都道府県)	大阪府			
患者住所(市区郡以降)	大阪市住之江区東加賀屋1-18-18			
電話連絡先	06-6685-0221			
	保険者番号:01111111			
/D 10./#±2	記号:12345678			
1(木)(央) (月平)()	番号:1			
	本人	「予約取消」	をクリックし	ます。
受診歴	有り 診察券番号:12345678			
検査目的	スクリーニング			
それ以外の検査目的を記入して下さい				
	予約票 入力情報修正 予約取消	日時振替		

② 予約取消(キャンセル)を実行します。

スメディカルクリニック様			HOME マイページ			
予約內容確認		7 www3.e-renkei.com の内容	[OK] をクリックしま			
予約日時	2024年11月6日 (水) 9時15分	診療予約をキャンセルしますか?				
紹介元施設	トスメディカルクリニック	南大阪病院 内視鏡検査(胃力メラ)				
予約項目	内視鏡検査(胃力メラ)	2024年11月06日 09:15				
患者氏名	住之江 太郎		ок			
患者氏名(力ナ)	スミノエ タロウ					
生年月日	2018年/平成30年 7月10日					
患者性別	男性					
患者郵便番号	559-0012					
患者住所(都道府県)	大阪府					
患者住所(市区郡以降)	大阪市住之江区東加賀屋1-18-	-18				
電話連絡先	06-6685-0221					
	保険者番号:01111111					
保険情報	記号:12345678	記号:12345678				
	番号:1					
	本人					
受診歴	有り 診察券番号:12345678					
	フクロートング					

予約の振替(1)

① 予約の「日時振替」も予約内容確認画面から行います。

() 本会医療法人景岳会 南大阪病院	インターネット検査予約シスラ 連携医療機関専用				
トスメディカルクリニック様		HOME マイページ			
●予約內容確認					
予約日時	2024年11月6日 (水) 9時15分				
紹介元施設	トスメディカルクリニック				
予約項目	内視鏡検査(胃カメラ)				
患者氏名	住之江 太郎				
患者氏名(カナ)	スミノエ タロウ				
生年月日	2018年/平成30年 7月10日				
患者性別	男性				
患者郵便番号	559-0012				
患者住所(都道府県)	大阪府				
患者住所(市区郡以降)	大阪市住之江区東加賀屋1-18-18				
電話連絡先	06-6685-0221				
	保険者番号:01111111				
C 10/4 +2	記号:12345678				
1本19月1月前(番号:1				
	本人	「日時振琴」をクリックします。			
受診歴	有り 診察券番号:12345678				
検査目的	スクリーニング				
それ以外の検査目的を記入して下さい					
	予約票 入力情報修正 予約取消	日時振替			

- ② 予約日時を振り替える日をカレンダーから選択します。
 - 例)予約日を11月6日から11月22日に変更します

マメディカルクリ	リーック様		1日:	在の予約日時				
			50					
					2024年10月24日	(木) 14時20分現		
2024年11月6日	(水) 9時15分 / 内初	見鏡検査(胃力)	メラ)					
●振替先を選択	して下さい。							
			← 2024年11	B				
E	月	火	水	- 木	金	±		
						² O		
3 休	4 休	5	ő	6	8	9		
10 休	11 0	12 O	13	14	15	16 O		
 17 休	18	19	22日をクリ	ニック	22	23 休		
24 休	25	26	27 *	28	29 *	30 *		
111								
			2024年11月06日](水)				
	予約時間				振替先			
9:00				選択				
9:30				選択				

予約の振替(2)

③ 振替日から予約時間を選択(クリック)します。

前大阪	人景岳会 (病院	インターネッ 連	、ット検査予約システム ^{重携医療機関専用}					
トスメディカルクリ	スメディカルクリニック様							
2024年11月6日(水) 9時15分 / 内	視鏡検査(胃力メラ	,			2024年10月24日	(木)14時53分現在	
●振替先を選択し	って下さい。							
			← 2024	年11月				
B	月	火	카	<	木	金	±	
							² O	
3 休	4 休	5 0	e	5	6	80	9	
10 休	11 O	12 O		3	14 O	15 O	16 O	
17 休	18 O	19 O	2	3	21 O	22 O	23 休	
24 休	25 O	26 O	2.	7	28 *	29 *	30 *	
	2024年11月22日(金)							
予約時間						振替先		
9:00						選択		
9:15						選択		
9:30						選 択		
L	閉じる							

④ 予約日を「更新」して振替完了です。

メディカルクリニック様		HOME	マイページ			
予約日時振替			1			
・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	ックして下さい。	振替日時を確認				
予約日時	2024年11月6日 (水) 9時15分 [再修正] 振替先 : 2024年11月22日 (金) 9時30分					
紹介元施設	トスメディカルクリニック					
予約項目	内視鏡検査(胃力メラ)					
患者氏名	住之江 太郎					
患者氏名(力ナ)	スミノエ タロウ					
生年月日	2018年/平成30年 7月10日					
患者性別	男性					
患者郵便番号	559-0012					
患者住所(都道府県)	大阪府					
患者住所(市区郡以降)	大阪市住之江区東加賀屋1-18-18					
電話連絡先	06-6685-0221					
	保険者番号:01111111					
/R PA-/告報	記号:12345678					
	番号:1					
	本人					
受診歴	有り 診察券番号:12345678					
検査目的	スクリーニング					
それ以外の検査目的を記入して下さい						



予約日時の振替は同じ検査科目で可能です。異なる検査(内視鏡→CT など)では出来ません。

登録情報の変更(1)

① マイページから「登録情報」をクリックします。

トスメディカルクリニック様	ŧ		HOME
マイページ		2024±	≠10月24日(木)11時31分現在 ■
	更新 過去の予約	登録情報	「登録情報」をクリック
現在の予約			
※予約日時をクリックする ▼ 予約日時	ると予約情報の確認が出来ます。 診療科目	患者氏名	予約票
2024/11/06 09:15	内視鏡検査(胃力メラ)	住之江 太郎	印刷 *
※予約票力	「文字化け等で正しく印刷出来ない時は印刷」	ボタン右の「*」をクリック(してください。
	1		

② 「登録情報」を開いたら「変更」をクリックします。

一 南大阪病院	連携医療機関専用	
マメディカルクリニック樹		HOME
		2024年10月25日(金)14時04分現在
マイページ		
	現在の予約」過去の予約 登録情報	
登録情報		
医療機関ID	ТМ9999	
パスワード	*****	
医療機関名称	トスメディカルクリニック	
医療機関名称(カナ)	トスメディカルクリニック	
郵便番号	665-0845	
都道府県	兵庫県	
住所	宝塚市栄町2丁目10-14	
電話番号1	0797-69-6177	
電話番号2		
FAX番号		
メールアドレス		
	変 更	変更」をクリック
	社会医療法人暑岳会 南大阪病院 〒559-0012 大阪市住之江区東加賀屋1-18-18 TEL:06-6685-0221	

登録情報の変更(2)

③「登録情報」を変更・追加して「更新」ボタンをクリックします。

南大阪病院	インターネット検査予約システム 連携医療機関専用		
トスメディカルクリニック様			HOME
		2024年10月25日(金)14時	持19分現在
マイページ			
	現在の予約 過去の予約 登録情報		
登録情報			
医療機関ID T	rm9999		
パスワード*	****** 半角英数字4桁以上8桁以内で入	力下さい。	
医療機関名称 *	トスメディカルクリニック		
医療機関名称(カナ)*	トスメディカルクリニック		
郵便番号 *	665-0845 住所自動入力		
都道府県 *	兵庫県		
住所*	宝塚市栄町2丁目10-14		
電話番号1 *	0797-69-6177		全ての項目で追加や
電話番号 2			変更が可能です。
FAX番号			
メールアドレス [
	更新 更新中止 クリア		
追加・ をクリ	・ 変更後に「更新」 よ人景岳会 南大阪病院 「阪市住之江区東加賀屋1-18-18 L:06-6685-0221		

●パスワードについて

「半角英数字4桁以上8桁」以内で設定して下さい。

●メールアドレスについて

メールアドレスを登録すると予約受付時やキャンセル時に「お知らせメール」が自動で届きます。 ※「お知らせメール」受信には「yoyaku@e-renkei.com」からのメールを受信可能にして下さい。