インフルエンザ予防接種予約方法

ご入力いただいた情報と当院のカルテ情報が一致しない場合はキャンセル扱いとさせて頂き ます。(ご家族名義でのご予約は承ります)患者様IDが不明な場合はお問い合わせください。 お電話では新規ID発行は出来ませんので初診の方は接種希望時に直接ご来院ください。

①当院のホームページ(スマホからだと画像が違いますがバナーは同じです) のトップページ、矢印のところをクリック(タップ以下クリックと表記します)してアイチケットのページへ



ルしてください



③一番下の当院の情報の真上に予防接種へのリンクがありますので、ク リック



④一番下の当院の情報の真上に予防接種へのリンクがありますので、クリック



⑤ご予約人数を選び、〇の表示された日程を選んでクリックしてください

複数人の場合、人数により×となりますので、回数を分けてのご予約をお 願い致します。

当面の間、ご予約は当日をのぞき14日間分を承っております。 今のところ14日以上先のご予約は承っておりません。 ご不便をおかけいたしますがご理解の程お願い申し上げます。



アイチケット広場と

受診希望	望日時					
			予約人数			
			1	• 人		
		受診希望	目を選択して	ください。	1	
		20)22年 10	月		
< 前	i月	[今日]	*	月 >
月	火	水	(木)	金		E
					1 0	2
3 O	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30
31						



⑥ご選択された人数で予約可能な時間は〇、 できない時間は×で表記されています。 ご希望の時間の横にある次へをクリックして ください。

⑦おひとり分ずつ全項目のご記載をお願い致します。
ご記載いただいた内容が予約確認や予約キャンセルに必要になりますので、お忘れにならないようお気を付けください。
当院では設定されたキャンセルコードはわかりませんので管理にご注意ください。

me>世田谷めぐりさわファミリーク!		ック>インフルエンザ予防接種 > 予約	
世田谷めぐりさ	わフ	7ァミリークリニック	
インフル	/I:	ンザ予防接種	0
2 受診希望日時		~	
2022年10月01日(土)			,
午前 (10:00 - 10:30)			
			-
受診される方の	青報	を入力してくだ	
👳 受診者情報入力	_		
	1)		
名前 (必須)			
名前			1
氏名を記入			
診察券番号 (必須)			
診察券番号			r I
診察券番号を記入			
生年月日 (必須)			
年		v	1
	1		
	1	H *	
生年月日を記入			

電話番号 (必須)			
電話番号			
連絡先を記入			
【キャンセルコード (必須)】 予約キャンセルする際に値田す;	57-	ード(陪証悉号)を お好きな「AlkFon	
数字」で設定してください。	y -1		
L			
□ 個人情報の利用目的「プライバ	シー	-ポリシー」の内容に同意する	
正 乙		<i>t</i> ro	

アイチケット	、広場 アイチウ	
ne>世田谷めぐりさわファ	ァミリークリニック > インフルエンザ予防接種 > 予	
世田谷	めぐりさわファミリークリニック	
	インフルエンザ予防接種	6
	予約はまだ完了していません。	
受診希望日時		
2022年10月01日(土)	
午前 (10-00 - 10-30)		
- BJ (10.00 - 10.30)		
受診者		
	1人目	
名前(必須)		
	7.2. N	
	氏名を記入	
診察券番号 (必須)		
	100005-	
	診察券番号を記入	
生年月日 (必須)		
	TWO CHERRY GLI MILLIN	
	生年月日を記入	
電話番号 (必須)		
	1967-071-18	
	連絡先を記入	
【キャンセルコード】	caca	
	74.4.7	e i
戻る	予約する	

⑧予約日時に間違えがないか、受診者情 報に間違えがないかの最終確認をお願い 致します。

間違えがないことを確認き予約をするを クリックして下さい。

次の画面に切り替わりましたらご予約完 了となります。

me > 世田谷めぐり	さわファミリークリニ	ック>インフルエンザ予M	方接種>予約
	世田谷めぐりさわ	ファミリークリニック	
	インフルエ	ンザ予防接種	0
	予約を完	了しました。	
	「予約内容」の画面保存	またはメモをお願いします。	
	予約の確認・キャ	マンセルに必要です。	
🕗 予約内容			
	2022年10	月01日(土)	
	午前 (10	0:00 - 10:30)	
	氏 名	77.	
	電話番号	HIS 8 111	
	生年月日	100.2.2	
	診察券番号	AAAA9	
	キャンセルコー	к 1990	
	・時間によっては 合があります。	t、予約キャンセルできない場 ご了承ください。	
	「あなたの予約確認」画	画面で内容を確認できます。	,
T	診日当日、予約をした	と時間に来院してください。	
Z			

⑨左記の画面になりましたら ご予約完了となります。

キャンセルや予約の確認に必 要になりますので、スクリー ンショット等でご保管くださ い。

当院での接種費用は 1回目3,700円 2回目3,500円※ ※2022/10~2023/3の期間中に2 回、当院にて接種を受けられ た患者様