

愛知医科大学メディカルクリニック

検査予約システム利用マニュアル

The screenshot shows the login interface for the examination reservation system. At the top left, there is a dark red header with the text '愛知医科大学メディカルクリニック 検査予約システム'. To the right, there is a photograph of the clinic building with a sign that reads '愛知医科大学メディカルクリニック' and a small blue 'e連携' button. Below the header, a light gray bar contains the instruction '医療機関IDとパスワードを入力してください。'. The main content area features a dark red login form with two input fields: '医療機関ID' and 'パスワード'. Below these fields are two buttons: 'ログイン' and 'リセット'. A note below the buttons states: '※この予約システムは連携施設専用です。一般の患者さんにご利用出来ません。'. Underneath this note is a section titled '《書類ダウンロード》' with two yellow buttons: '予約方法マニュアル' and '検査予約登録申込書'. A final note reads: '※右クリックして「対象をファイルに保存 (A)」を選んでダウンロード下さい。'. At the bottom of the page, a dark red footer contains the contact information: '愛知医科大学メディカルクリニック TEL.052-931-2261 / FAX.052-931-4841'.

当検査予約システムに関するお問い合わせ

愛知医科大学メディカルクリニック

TEL:052-931-2261 / FAX:052-931-4841

<http://www.aichi-med-u.ac.jp/clinic/>

《検査予約の方法》

①下記ページにアクセスして、当クリニックが発行した「医療機関ID」「パスワード」を使ってログインして下さい。

愛知医科大学メディカルクリニック
検査予約システム

医療機関IDとパスワードを入力してください。

医療機関ID

パスワード

ログイン リセット

※この予約システムは連携施設専用です。一般の患者さんにご利用出来ません。

【書類ダウンロード】

予約方法マニュアル

検査予約登録申込書

※右クリックして「対象をファイルに保存 (A)」を選んでダウンロード下さい。

愛知医科大学メディカルクリニック TEL.052-931-2261 / FAX.052-931-4841

【愛知医科大学メディカルクリニック 予約システムアドレス】

<https://www2.e-renkei.com/hospital/test-aichi-mc/login.php>

※以前の URL からは変わっています。

旧 URL にアクセスした場合でも新 URL に自動でジャンプしますが、

ブラウザの「お気に入り」や「bookmark」に登録している場合は変更をお願いします。

②検査予約を希望される検査項目をクリックして下さい。

愛知医科大学メディカルクリニック
検査予約システム

ログアウト

ホシミツクリニック様

マイページ

●検査予約を希望する検査名をお選び下さい
クリック

CT検査 超音波検査 内視鏡検査

※平成24年10月から、64列の最新式CTに機器を更新し、さらに短時間及び低線量での画像検査とともに詳細な3D画像解析も可能になりました。

※検査予約専用の用紙がダウンロード出来ます。
→診療情報提供書（検査紹介）（PDF:90KB）
平成27年4月から診療情報提供書の様式を変更しましたのでご確認ください。

愛知医科大学メディカルクリニック TEL.052-931-2261 / FAX.052-931-4841

③直近の予約日が表示されます。

表示された日で予約をする場合は右のタイムテーブルで予約時間を選んで **予約** をクリックします。

愛知医科大学メディカルクリニック
検査予約システム
CT検査

ホシミツクリニック様

HOME マイページ

2017年8月4日 (金) 12時57分現在

●予約日時を選択して下さい。

2017年8月 →

日	月	火	水	木	金	土
		1	2	3	4	5 休
6 休	7 ○	8 ○	9 ○	10 ○	11 休	12 休
13 休	14 ○	15 ○	16 ○	17 ○	18 ○	19 休
20 休	21 ○	22 ○	23 ○	24 ○	25 ○	26 休
27 休	28 ○	29 ○	30 ○	31 ○		

2017年9月

日	月	火	水	木	金	土
					1 ○	2 休
3 休	4 ○	5 ○	6 ○	7 ○	8 ○	9 休
10 休	11 ○	12 ○	13 ○	14 ○	15 ○	16 休
17 休	18 休	19 ○	20 ○	21 ○	22 ○	23 休
24 休	25 ○	26 ○	27 ○	28 ○	29 ○	30 休

2017年8月7日 (月) →

予約時間	予約
8:01	予約
10:00	予約
10:15	予約
10:30	予約
10:45	予約
11:00	予約
11:15	予約
11:30	予約
13:30	予約
13:45	予約
14:00	予約
14:15	予約
14:30	予約
14:45	予約

愛知医科大学メディカルクリニック TEL.052-931-2261 / FAX.052-931-4841

※他の予約日を表示する場合は左側のカレンダーで○印のある日をクリックします。

④ 予約内容を入力して **送信** ボタンをクリックします。

* は必須項目です。

愛知医科大学メディカルクリニック
検査予約システム

メディカルクリニック様

HOME マイページ

● 予約情報を入力して下さい。

※全ての項目を入力して送信してください。
*印は必須です。

予約日時	2017年8月7日 (月) 10時00分	
紹介元施設	メディカルクリニック	
予約項目	CT検査	
患者氏名 *	名古屋 太郎	
患者氏名 (カナ) *	ナゴヤ タロウ	
生年月日	1965年/昭和40年 3 月 28 日	
患者性別	<input checked="" type="radio"/> 男性 <input type="radio"/> 女性	
単純・造影 *	単純CT	
部位 *	<input checked="" type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤部 <input type="checkbox"/> 四肢	

クリック **送信** リセット

⑤ 以上で予約完了です。

愛知医科大学メディカルクリニック
検査予約システム

メディカルクリニック様

HOME マイページ

● 予約を受付ました。

※予約内容の変更はマイページから行ってください。

予約日時	2017年8月7日 (月) 10時00分
紹介元施設	メディカルクリニック
予約項目	CT検査
患者氏名	名古屋 太郎
患者氏名 (カナ)	ナゴヤ タロウ
生年月日	2000年/平成12年 3月28日
患者性別	男性
単純・造影	単純CT
部位	頭部

予約票印刷

《予約票の印刷》

予約システムから予約した日時や地図をクリニック様から患者さんにお渡しいただく「予約票」の印刷が可能です。

①予約完了ページ下にある「予約票印刷」ボタンをクリックして印刷します。

予約日時	2017年8月7日 (月) 10時00分
紹介元施設	メディカルクリニック
予約項目	CT検査
患者氏名	名古屋 太郎
患者氏名 (カナ)	ナゴヤ タロウ
生年月日	2000年/平成12年 3月28日
患者性別	男性
単純・造影	単純CT
部位	頭部

CT検査 予約票

テスト愛知医科大学メディカルクリニック

予約コード	0011708040001
予約日時	平成29年8月7日 (月曜日) 10時00分
予約科目	CT検査
予約者	名古屋 太郎
生年月日	平成12年3月28日 17歳 / 男性

紹介元	メディカルクリニック
単純・造影	単純CT
部 位	<input checked="" type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤部 <input type="checkbox"/> 四肢

※ この予約票と診療情報提供書（検査紹介）をお持ちください。
※ 保険証（医療証等を含む）をお持ちください。
※ 当クリニックの診察券がある方はお持ちください。

◇ 内容：<造影CT検査を受けられる患者さんへ>
造影CT検査を受ける場合には、事前に血液検査が必要となります。紹介元の医療機関で血液検査を受けていただき、検査結果を「診療情報提供書（検査紹介）」と合わせて造影CT検査当日にお持ちください。
検査結果が未実施の場合や検査結果をお持ちいただけなかった場合は、当クリニックにて造影CT検査実施前に血液検査を行います。その場合は当初の予定より余分にお時間が必要になりますので、ご了承ください。

交通アクセス

愛知医科大学メディカルクリニック
予約専用 (052) 931-2342

2017/06/04

《予約票サンプル》

《診療情報提供書（検査紹介）の印刷》

②予約票の印刷と同時に『診療情報提供書（検査紹介）』が印刷されます。

こちらに患者さんの詳細情報をご記入いただき、予約票とあわせて患者さんにお渡しください。

※『診療情報提供書（検査紹介）』は検査項目選択画面（トップページ）からも印刷できます。

診療情報提供書（検査紹介） （CT検査・超音波検査・上部消化管内視鏡検査用）	
令和 年 月 日	
愛知医科大学メディカルクリニック	紹介医療機関 医療機関コード 医療機関名 所在地 電話（ ） - FAX（ ） - 診療科 医師名
患者氏名	()
性別	<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女
生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日（歳）
住所	
電話	
保険情報	保険者番号 記号・番号 子ども・障・母／前高・後高（ ）割／福 公費負担者番号 続柄 本人・家族 公費受給者番号
臨床診断名	
検査目的 臨床情報	
既往歴	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 狭心症 <input type="checkbox"/> 心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 腎不全 <input type="checkbox"/> 透析中 <input type="checkbox"/> 肝疾患 <input type="checkbox"/> 甲状腺機能亢進 <input type="checkbox"/> 褐色細胞腫 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> ペースメーカー・ICD <input type="checkbox"/> その他（ ） 薬物アレルギー（ <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無）
感染症	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV その他（ ）・不明 妊娠 <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有（ 月）
検査項目	<input type="checkbox"/> 単純CT <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤部 <input type="checkbox"/> その他（ ）
	<input type="checkbox"/> 造影CT <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤部 <input type="checkbox"/> その他（ ） eGFR値又は血清クレアチニン値を記入して下さい 体重を記入して下さい
	※ CT検査を依頼された場合は、（ ）内のいずれかを選択してください CT検査の画像資料（DVD）は、（ <input type="checkbox"/> 必要・ <input type="checkbox"/> 不要）
	<input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> 頸動脈 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 関節(手・足)
<input type="checkbox"/> 上部消化管内視鏡 フスコパン（ <input type="checkbox"/> 使用可 <input type="checkbox"/> 使用不可） グルカゴン（ <input type="checkbox"/> 使用可 <input type="checkbox"/> 使用不可） 抗凝固剤（ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 中止中） 抗血小板剤（ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 中止中）	
<small>＜備考＞</small>	1. 必要がある場合は紙に記載の上、添付してください。 2. 必要がある場合は画像診断の資料、検査の記録などを添付してください。
愛知医科大学メディカルクリニック 電話(052)931-2261 FAX(052)931-4841	

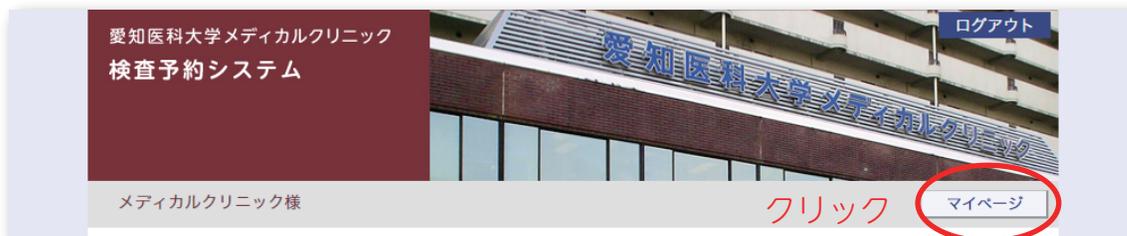
《診療情報提供書（検査紹介）サンプル》

＜お願い＞

- ・造影 CT をお申し込みの場合は必ず「診療情報提供書」にてご依頼をお願い致します。当クリニックにおいて問診を含めた診察及び肝機能と腎機能に関する血液生化学検査を施行後、原則当日中に CT 検査を実施いたします。なお、ご紹介を頂く際に、可能であれば直近の肝機能及び腎機能に関する生化学検査の結果を添えていただければ幸甚に存じます。
- ・冠動脈 CT の予約につきましては、このシステムでは直接受付することはできません。まずは、ご紹介いただきますようお願いいたします。

《検査予約の取り消し》

①検査予約のキャンセルは各クリニック固有の「マイページ」から行います。
ログイン後の各ページ右上部にある「マイページ」をクリックして下さい。



②予約情報からキャンセルしたい予約情報の「予約日時」をクリックします。

現在の予約
※予約日時をクリックすると予約情報の確認・修正・取消が出来ます。

▼予約日時	診療科目	患者氏名	予約票
2017/09/15 10:00	CT検査	前田 又兵衛	印刷
2017/08/10 10:15	CT検査	愛知 二郎	印刷
2017/08/08 10:00	CT検査	名古屋 太郎	印刷
2017/08/07 11:30	CT検査	尾張 華子	印刷
2017/08/07 10:15	CT検査	織田 秀吉	印刷
2017/08/07 10:00	CT検査	名古屋 太郎	印刷
2017/08/04 10:00	CT検査	織田 市子	印刷

③予約情報を開いて **取消** をクリックします。

●予約内容確認

予約日時	2017年8月10日 (木) 10時15分
紹介元施設	メディカルクリニック
予約項目	CT検査
患者氏名	愛知 二郎
患者氏名 (カナ)	アイチ シロウ
生年月日	1999年/平成11年 3月22日
患者性別	男性
単純・造影	単純CT
部位	頭部

予約票印刷 患者情報修正 **取消** クリック

④「OK」 ボタンをクリックして予約の取り消し（キャンセル）が完了です。



【注意】 予約日時を変更する場合はいったん検査予約の取り消しをしてから再度予約を行なって下さい。