

Webでの初診予約は前日まで、再診予約は3日前まで行えます。それ以外の方はお電話にてご予約をたまわります。

ご利用登録済みの方

診察券番号

パスワード

次回から入力を省略

ログイン

パスワードを忘れた方は[こちら](#)
診察券番号を忘れた方は[こちら](#)
ログインできない方は[こちら](#)

Please log in using your patient ID and password if you have already created an account on this site.

ご利用登録がまだの方

WEB予約のご利用登録がお済みでない方はこちらからご登録ください。

診察券をお持ちでない方も利用登録いただくことにより、仮IDを取得できます。

ご利用登録

For your **first time** using this reservation site, please click here to **register**.

アプリのご案内

スマホアプリがリリースされました！

「エコー動画」を簡単にアクセスできるようにアプリをリリースし、「ログイン設定」いただくことで、Web予約サイトに簡単アクセスできるだけでなく、クリニックからのお知らせがPush通知として受け取れます！！

また、通知されたメッセージは、メッセージ履歴画面でいつでも振り返れます！

ダウンロードはこちらから



※ご利用環境に関して

ご利用登録

登録手続きを行っていただくことにより、携帯やPCから診察の予約や順番の確認ができるようになります。

以下利用規約をお読みいただき、ご了承のうえ登録手続きを行ってください。

< 利用規約 >

本利用規約（以下「本規約」といいます）は、診療予約サービス「アットリンク」（以下「当サービス」といいます）の利用条件を、当サービスの利用登録をされた方（以下「ユーザー」といいます）と当院との間で定めるものです。

■本規約について

ユーザーは、本規約に同意しない場合、当サービスを利用することはできません。当院は、いつでも必要に応じて本規約を変更することができます。変更後の本規約は、当サービスにおいて公表されたときからその効力を生じ、ユーザーは変更後の本規約に同意しない場合、当サービスの利用を継続することはできません。

利用規約に同意し、
登録手続きへ（空メール送信）

空メールが送信できませんでした

Please click here to agree to the terms of use.

This will bring you to a window to send an empty email to the reservation site. After sending the empty email, please wait for an automated reply that will include a new URL for you to click.

ご利用登録

当院の診察券をお持ちですか？

はい

いいえ

Please choose whether you have a patient ID for our clinic.

Please choose 「はい」 for yes. 「いいえ」 for no.

*You will be given a patient ID after your first visit to our clinic.

ご利用登録

下記情報を入力し「次へ」を押して下さい。

名前（漢字）

※山田 花子（姓名の区切りはスペースを入れてください）

名前（かな）

※やまだ はなこ（姓名の区切りはスペースを入れてください）

パスワード ※(英数字4~8桁)

当パスワードは、WEB予約のログインにご利用頂くパスワードとなります。
お忘れにならないように控えておいていただきますようお願い致します。

パスワード(確認用)

生年月日

連絡先電話番号

※数字のみ、ハイフン利用はできません

性別

アンケートのご協力をお願いします。

どこで当院をお知りになりましたか？（複数回答可）

- ホームページ(携帯)
- ホームページ(PC)
- 駅看板
- 電話帳
- 家族のすすめ
- 友人からのすすめ
- フリーペーパー・ちらし
- 新聞・雑誌
- 他院からの紹介

その他(※絵文字はご利用できません。)

なぜ当院を選ばれましたか？（複数回答可）

- 通院に便利
- 施設がきれい
- 最新の医療設備
- 充実したサービス
- 高い医療技術
- 医師の対応がいい
- スタッフの対応がいい
- 予約がとりやすい
- 費用が安い
- 他院からの紹介

その他(※絵文字はご利用できません。)

次へ

Full Name:

Full Name Confirmation:

Password: (4-8 letters or numbers. No symbols.)

Password Confirmation:

Your Birthdate:

Phone number: (no hyphen)

Gender: 「女性」 for female
「男性」 for male

Questionnaire: (optional)

Please fill in the yellow boxes below if you choose to answer.
Thank you in advance.

How did you find out about our clinic?

Please share us your reason for choosing our clinic.

ご利用登録

入力内容を確認し「登録」を押し

名前(漢字)

Doe Jane

名前(かな)

Doe Jane

パスワード

abc1234

生年月日

1990年1月1日

連絡先電話番号

0334261131

性別

女

Full Name:

Full Name Confirmation:

Password: (4-8 letters or numbers. No symbols.)

Your Birthdate:

Phone number: (no hyphen)

Gender: 「女」 for female
「男」 for male

登 録

After confirming the information above.
Please click the button 「登録」 (Register)