

# ホームページからのご予約キャンセルについて

＜注意＞クリニックへご来院の上、ご受診予定の方が対象です。  
 ◆ご予約キャンセルをご希望の場合、以下のようにご入力・お申込みをお願いいたします。

健診予約ページへ

1. 個人情報の取扱いに関する同意

ご入力いただいた個人情報につきましては、以下のように管理し、保護に努めてまいります。下記の内容をご確認いただき、ご同意いただきました上で、予約申請をお願いいたします。

■健診予約申請における個人情報の取扱いについて

- 個人情報の取扱事業者の名称  
医療法人尚仁会 名古屋ステーションクリニック  
愛知県名古屋市中村区名駅4-6-17 名古屋ビルディング8階
- 個人情報の管理者およびその連絡先  
個人情報保護管理責任者 木下 水穂  
TEL:052-551-6663 / FAX:052-551-6664
- 個人情報の利用目的  
当院への健診予約申請及びお問合せに回答するため
- 個人情報の第三者提供について  
取得した個人情報は法令等による場合を除いて第三者に提供することはありません。
- 個人情報の取扱いの委託について  
取得した個人情報の取扱いの全部又は、一部を委託することはありません。
- ご本人様の権利の尊重  
当院に対する個人情報のご提供は、ご本人様の任意のご意思によります。ただし、ご本人様が個人情報のご提供を拒否された場合、当院は、上記「個人情報の利用目的」に記載の健診予約申請及びお問合せへの対応ができない場合がございます。また、これによりご本人様が被った損害（逸失利益を含む）、不利益等について、当院は何らの賠償責任を負いません。
- 個人情報の安全管理措置について  
取得した個人情報については、漏洩、滅失またはき損の防止と更正、その他個人情報の安全管理のために必要かつ適切な措置を講じます。お問合せへの回答後、取得した個人情報は当院内において削除致します。

健診予約申請における個人情報の取扱いについて同意する

次へ

2. 申込区分

以下から選択してください。どちらを選択すればよいかわからない方は、[企業・団体で申込]からお進みください。

企業・団体で申込

個人（全額自己負担）で申込

確認・変更・キャンセルはこちら

中部電力健康保険組合の方はこちらから

三笠地所レジデンスクラブ人間ドック特別優待の方はこちらから

名古屋市職員共済組合 巡回女性被扶養者健診を受診希望の方はこちらから

3. 予約内容の確認・変更・キャンセル

予約時に登録したメールアドレスおよび確認画面に表示された受付番号・パスワードを入力してください。

メールアドレス

受付番号

パスワード

伏字にせず入力

パスワードを伏字にせず入力する場合、周知から誤り恐れなく入力してください。

認証

受付番号等いずれか不明な場合・忘れた場合

4. 予約内容の確認・変更・キャンセル

受付番号等が不明・忘れられた場合は、こちらのお申し込み方法に従ってお手続き内容を入力してください。

入力へ進む

5. 予約申請

■Online Karteにログインし、利用されたことがある方  
こちらからユーザーIDとパスワードを入力していただくことで、個人情報の入力を省略できます。

ユーザーID

パスワード

認証

■Online Karteを利用されたことがない方  
・Online Karteを利用されたことがない場合  
・ユーザーID/パスワードを忘れてしまった  
・よくわからない方は、こちらから

次へ

ONLINE KARTE 利用方法

予約申込 4 / 10

(\*)は必須項目です。

氏名 (\*) 氏名を全角文字で入力してください。  
(姓) (名)

氏名 (姓) (\*) フリガナを、半角で入力してください。  
※半角で入力できない場合、全角ひらがなもしくは全角カタカナで入力してください。自動的に変換します。  
(姓) (名)

性別 (\*) 性別を選択してください。  
 男性  女性

生年月日 (\*) 生年月日を西暦(例: 2000年10月11日の場合、2000/10/11) で入力してください。

郵便番号 (\*) 郵便番号を7桁で入力してください。※郵便番号を入力されると、住所へ自動的に反映されます。  
〒

住所 (\*) 住所を入力してください。  
住所  
ビル名等

連絡方法 (\*) こちらから連絡させていただく際の、連絡方法を選択してください。  
 どちらでもよい  電話  メール

日中連絡先 (\*) 日中に連絡可能な連絡先電話番号を入力してください。

連絡可能時間帯 (\*) 終日可(9:00-16:00)

メールアドレス (\*)

メールアドレス(確認) (\*) 確認のため再度ご入力ください。

戻る 次へ

ONLINE KARTE 利用方法

予約申込 6 / 10

+ コース選択

受診したいコースを選択してください。  
その他を選択された場合、受診されたい内容を分ける範囲で入力してください。

プレミアム人間ドック  
 日帰り人間ドックAコース (胃バリウム)  
 日帰り人間ドックAコース (胃カメラ)  
 日帰り人間ドックBコース (胃カメラ)  
 日帰り人間ドックCコース (胃カメラ)  
 生活習慣病予防健診  
 法定健診A  
 法定健診B  
 産入健康診断  
 特定健診  
 乳がん検診 (マンモグラフィ)  
 乳がん検診 (エコー)  
 子宮頸がん検診  
 脳ドック  
 肺ドック  
 大腸CT  
 その他

「その他」をチェックしてください。

戻る 次へ

ONLINE KARTE

予約申込 8 / 10

+ 受診日選択

第1希望は必ず選択して下さい。  
第2・第3希望は任意です。

第1希望 (\*)  未選択  
第2希望  未選択  
第3希望  未選択

本日から3週間後の日程でご入力いただけます。  
※お急ぎの方  
この申込では確定ではありません。  
内容確認後、こちらからご連絡いたします。  
内容によりご希望の日時に満たない場合がございます。ご了承ください。

戻る 次へ

こちらのオレンジ色の文章は、本件とは関係ございません。

キャンセル希望の画面ではございますが、第1希望の入力が必須となっております。お手数ですが、適当な日にちをご選択いただけますようお願いいたします。

「ご要望等」の欄にご入力をお願いいたします。  
<例>  
・○月△日・□時の予約キャンセル希望。

ONLINE KARTE 利用方法

予約申込 9 / 10

+ 申込内容の確認

お申込内容をご確認ください。変更・修正がある場合は「戻る」で変更可能です。  
「申し込む」を押下後は、変更できませんのでご注意ください。

■ 申込内容

コース名	その他
受診希望日	第1希望日 2019/5/15 第2希望日 第3希望日

■ お客様情報

氏名 テスト タロウ  
 氏名 (姓) TEST TAROU  
 生年月日 1990/01/01  
 性別 男性  
 住所 郵便番号 4500002  
 住所 愛知県名古屋市中村区名駅  
 ビル名等  
 連絡方法 どちらでもよい  
 TEL 052-551-6663  
 メールアドレス xxx@yyy.zzz  
 連絡可能時間帯 終日可(9:00-16:00)  
 企業名  
 健康保険  
 対象区分  
 保険証 記号  
 番号  
 印字番号

ご要望等 その他、ご要望等あればご記入ください。

■ 変更・キャンセルについて  
 万が一お客様のご都合で日程の変更やキャンセルをご希望の方は、お早めにご連絡をお願い致します。  
 当日ご連絡無しのキャンセル等、状況によりキャンセル料が発生する場合がございます。

また、このたびお申込頂いた内容と、健診当日に窓口にて確認させて頂いた内容に相違有の場合、ご受診が困難または追加料金の発生等、ご希望に添えない場合がございます。予めご了承ください。

上記内容に同意します

戻る 申し込む

9