

## 港町診療所



初診オンライン対応

## 港町診療所

内科・心療内科・感染症内科

当院かかりつけの患者様で通院が困難な場合を中心に  
対応しています。

しかし、新型コロナウイルス感染症で抗原...[もっと見る](#)

住所 2210056  
神奈川県横浜市神奈川区金港町7-6 港湾労働者福祉センター内

電話番号 [045-453-3673](tel:045-453-3673)

診療時間	月・火・木・金	9:30-11:00	14:00-17:00
	水	9:30-11:00	15:00-17:00
	土	9:30-11:00	

休診日 土曜日午後、日曜日、祭日、12月30日～1月5日

[ウェブサイト](#)[ホーム画面に追加](#)

① オンライン診療は、医師の判断のもと対面診療が必要となる場合があるため、近隣の医療機関での予約を推奨しています。詳しくは[こちら](#)をご確認ください。

## 医師一覧



澤田貴志

内科

総合内科専門医です。様々な内科...  
必要に応じて専門医への紹介を行...

[この医療機関を予約する](#)

Choose  
this clinic

## 港町診療所



診療科と診療日時を  
ご確認ください

Select department

内科

< 2023.05 >

日	月	火	水	木	金	土
	1	2	3	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			

Select date

14:00

14:30

Select time

上記は診療時間帯です。診療時間帯が開始し、医師の診断準備が出来次第、ビデオ通話がかかります。診療開始時刻ではないので予めご了承ください。

Select doctor

医師を選択

なし

受診する方

自分

Go to Next

次へ

# 診療のために個人情報を入力してください。

未成年や高齢のご家族の受診を希望する場合は、家族アカウントを追加してください。



姓\*

名\*

Family NAME : alphabet

First NAME : alphabet

セイ

メイ

Family NAME : Katakana  
not compulsory

First NAME : Katakana,  
not compulsory

電話番号 (例 : 08012345678) \*

Phone Number

生年月日 (例 : 20200101) \*

Date of Birth

性別\*

未選択

Select 男 male or 女 Female

郵便番号 (例 : 1600022) \*

Input Postal Code

検索

When gray color turn to green Click here

都道府県\*

Automatically your address will be inserted

番地以降を入力 (例 : 12-3-456) \*

Add your street number and room number

ここで登録する姓名や住所は、お薬または処方箋の送先住所となります。また別途登録する保険と一致している必要があります。\*給付金は対応していません。

Go to Next

次へ

## < お支払い方法



### Method of payment

#### お支払い方法の 登録をお願いします

医療機関・薬局によっては、ご登録のお支払い方法が利用できない場合があります。



Please select from credit card  
or LINE Pay



クレジットカード



If you choose credit card, please  
input card number, expiration  
date and security code

+ LINE Pay



医療機関・薬局によっては、ご登録のお支払い方法が利用できない場合があります。

If you choose LINE Pay, please  
follow the instruction of LINE Pay.

診療・お薬の説明が終了すると、ご登録のお支払い方法で料金が自動的に支払われます。お支払いの詳細は[マイページ]で確認できます。\*登録済みのお支払い方法がこの画面に反映されない場合は、再度この画面に戻ってから、再度この画面を開いてください。

<https://pay.line.me/portal/global/main>

医療機関・薬局及びLINEヘルスケア株式会社は、本画面で入力いただいたクレジットカードの番号、有効期限及びセキュリティの情報を、自らのシステムにおいて保存することはありません。これらの情報は、診療費用・調剤費用の決済処理のため、医療機関・薬局及びLINEヘルスケア株式会社の委託先であるSBペイメントサービス株式会社のシステムに直接送信され、当該システムにおいて保存・処理されます。

? ヘルプ

次へ

# ＜ 保険証



## 受診する方の保険証を登録してください

複数枚登録する必要がある場合には、登録方法について医療機関に事前にご確認ください。



Upload the photo of your health insurance card

健康保険 被保険者証 front side

氏名 健康 太郎

印

+ 表面を登録する

Upload the photo of health insurance card

Back side

住所

備考

署名年月日 ○○ ○○ ○○

本人署名 ○○ ○○

+ 裏面を登録する

保険証は1種類のみ登録可能です。必ず裏表の画像を登録してください。

前回の変更：2023.05.02 19:12

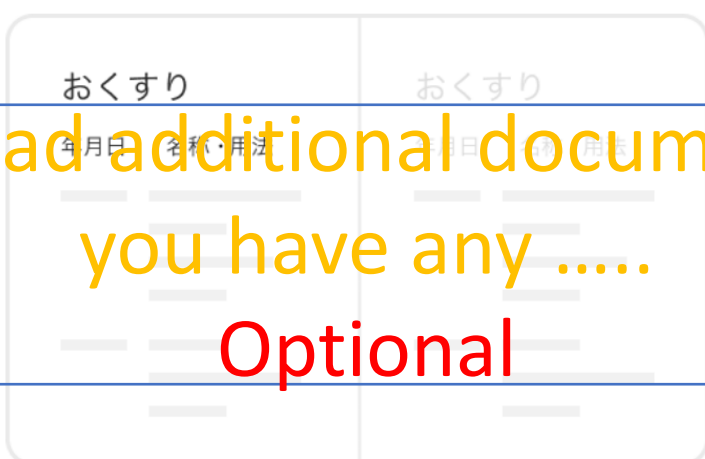


### 添付書類を選択し、登録してください

写真が2枚を超える場合や、紹介状等は「その他」に登録してください



- お薬手帳
- 健康診断の結果
- 医療証
- その他（紹介状など）



Upload additional document if you have any .....  
Optional

+ 追加する

ⓘ 直近の処方に関するページを写真に撮り、アップロードしてください。

次へ

Go to Next

## < 処方箋の送付先



### 処方箋の送付先を選択してください

診療後に医療機関から発行される処方箋をどちらに送付するか選択してください。



自宅に送付 To select your home ^

自宅住所 Click here to receive at home

その他

検索

This page is to select where to receive medicine. But as we can change it after the consultation. You can select those two items above tentatively, and doctor will help to change this setting later.

薬局にFAXで送付 v

次へ

Go to Next

When this gray color turn to green click here to proceed



## Questionnaire for your symptoms

&lt; 問診を入力

You can select tentative answer, if you don't understand

## 問診を入力してください

受診する方の情報を入力してください。詳細に入力いただくと、診療が素早く行えます。

[問診回答をリセットする](#)

## いつから症状が出ていますか？ \*

- 今日から
- 数日前から
- 数週間前から
- 数ヶ月前から
- 以前から
- 分からない
- その他

Select "don't Understand"

## 現在治療中の病気、またはかかったことのある病気はありますか？ \*

なし

高血圧

糖尿病

生活習慣病

脳疾患

心臓病

肝臓病

腎臓病

アレルギー疾患

甲状腺疾患

婦人科の病気

目の病気

精神疾患

 その他

Select "Others"

## 服薬中の処方薬・市販薬・サプリメントはありますか？ \*

Are you under medication?



問診を入力

×

の薬を飲んで副作用が口にしこりかありまうか？

なし Do you have allergy for medicine?

あり

Select one

アレルギーはありますか？ \*

なし Do you have allergic diseases?

あり

Select one

当院での受診が初めてですか？ \*

Is it your first time to consult this clinic?

はい

いいえ

Select one

受診する医療機関の診察券番号を入力してください。

ID number of the clinic Card, if you have.

診察券番号を入力

Please describe  
your symptoms

詳しい症状を入力してください

cough

Go to Next

次へ

<

# < 受付内容を確認



## To confirm your reservation

受診する方の氏名、個人情報、保険証情報、および処方箋の送付先に間違いはありませんか？氏名は、個人情報および保険証の氏名と同じである必要があります。

### 基本情報の設定

患者

医療機関

港町診療所

Facility name

診療科

内科

Department name

担当医師

澤田貴志

doctor name

診療時間

2023.05.04 14:00 ~ 14:30

Time of consultation

支払方法

クレジットカード

Method of payment

\*お支払い時期はオンライン診療の終了時になります。クレジットカードをご利用の場合は、クレジットカード会社が定める日となります。

診察情報を確認

処方箋の送付先を確認

Confirm where to send prescription for your medicine

個人情報を確認

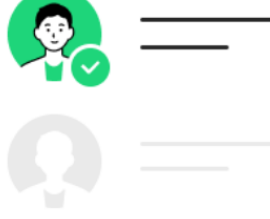
Confirm your identification

受付内容を確認

×

自動的に友だち追加されます。

When you confirm this reservation, you will be connected to the clinic via LINE



When the reservation time comes, the doctor will contact you through video talk

## STEP2

診療時間帯に医師から  
ビデオ通話がかかります。



\*医師アカウントをブロックしている場合、診療が行えないため、予約当日に自動的にブロックが解除されます。

\*医師の都合で診療時間帯が前後する場合は、事前に医師よりお電話にて連絡いたします。

In case of schedule change the doctor will call to your phone

## 診療費用について

お支払いいただく診療費用は、医師が実働イン診療に対し、法令に基づき算定されます。自由診療の場合は、医療機関の承認いただき、診療の際に医師にご相談ください。

Complete  
reservation

予約する



## 受付完了のお知らせ

Reservation completed

医療機関名 港町診療所

担当医師 澤田貴志医師

診療時間 2023.05.04 14:00

Date and Time of reservation

診療前日までキャンセル可能です。診療当日の場合には、医療機関に直接お問い合わせください。

医師の診療準備が整うと、医師アカウントから着信があるので応答して診療を開始してください。\*医師の都合により、診療開始まで待ち時間が生じる可能性があります。あらかじめご了承ください。

Details of reservation

予約内容を確認

13:23

## 欲しいお薬を探す

診療とお薬の配送を受ける



病院を検索

診療のみ受ける



マイページ

履歴・設定



メニュー ▾