

① ホームページのログインまたはご予約または下記 URL よりログイン画面へ



<https://kensin.lifli.jp/daido-medical-square/login>



② 初めての方は、初めて受診される方を選択
すでにご登録いただいている方は、ログイン ID とパスワードを入力

ログイン

ログインID

パスワード

[ログイン](#)

[初めて受診される方](#)

[パスワードを忘れた方](#)

③ 届いたメールに記載のある URL をクリック

【DAIDO-MEDICAL-SQUARE】受診者登録のご案内

① このメッセージは迷惑メールと判定されました。10 日後に削除されます。 [迷惑メールではない](#)

DS DAIDO MEDICAL SQUARE <daido-medical-square@lifli.jp>
宛先: 自分 2024/05/11 (土) 15:45

このたびは、DAIDO MEDICAL SQUARE をお選びいただき、誠にありがとうございます。
受診者登録のお申し込みを受け付けいたしました。
下記URLから、引き続き、ご登録手続きをお願いいたします。

<https://kensin.lifli.jp/daido-medical-square/entry/regist?token=W9lthSH0HLRmGCLTiq2XqYM4XefUe8nxTcP0pRKX6piFbJ0STNmXbENuxjPTkuQ3w>

本登録用URLの有効期限は24時間です。
後ほどご登録手続きをされる場合は、本メールを削除されないようご注意のうえ、24時間以内にお手続きをなさってください。
有効期限が切れてしまった場合は、お手数ですが再度初めからご登録を行ってください。

なお、ご不明な点がございましたら、下記までご連絡ください。

④ 個人情報の取り扱いに同意する

STEP 2 受診者情報入力

個人情報の取り扱いに関するお知らせをご確認ください。

【個人情報保護方針】
「個人情報の保護に関する法律」に基づき、社会医療法人会館（大岡病院・だいでろクリニック・中央クリニック・大岡みどりクリニック・内田橋ファミリークリニック・なめファミリークリニック・日長台ファミリークリニック・大岡老人保健施設・大岡訪問看護ステーション・大岡聖宅支援事業所・大岡みどり訪問看護ステーション・大岡みどり聖宅介護支援事業所・DAIDO MEDICAL SQUARE）は、個人情報保護規程・情報システム安全管理規程を整備し、個人情報保護委員会を設置し、皆さまの個人情報が適切に扱われるよう努めております。宛先ご理解の上、ご協力賜りますようお願い申し上げます。

I.個人情報の本来の利用目的に関して
個人情報（氏名、生年月日、性別、住所、電話番号、郵便、職種、所属、診療歴、看護記録、手術記録、処方せんや調剤歴、検査所見、エックス線写真、紹介状等を含む）は、より良い医療・介護サービスの提供と健康管理、医療・介護保険申請、入院の例、療養等のために、当法人の病院・クリニック・老人保健施設・訪問看護ステーション・聖宅支援事業所、また保険事業者、連携医療機関、連携介護施設、委託業者等、各々の事業所内（研修生や学生等を含む）で共有されます。

II.個人情報の本来の利用目的以外での利用に関して

個人情報の取り扱いに同意する

次へ >

⑤ 受診者情報を入力

STEP 2 受診者情報入力

※項目名に **必須** がついている項目は必須入力の項目です。

氏名 ※全角30文字	必須	(姓) 大岡	(名) ななこ
カナ氏名 ※全角15文字	必須	(姓) ダイダカ	(名) ナナコ
性別	必須	<input type="radio"/> 男性 <input checked="" type="radio"/> 女性	
生年月日	必須	1988年	8月 20日
保険証情報 ※中央館で（番号・保険者番号）		(記号) 120 (番号) 9999 0 (保険者番号) 06230221	健康保険証 記号 123456 番号 123 種類 00 日本太郎様 保険者番号 123456
本配区分	必須	<input checked="" type="radio"/> 本人 <input type="radio"/> 配偶者 <input type="radio"/> 家族	
自宅郵便番号 ※全角12文字	必須	457 - 8511	住所検索
自宅住所 ※全角90文字	必須	愛知県名古屋市中区白子町9	
自宅電話番号 ※中央館で			
送付先名 ※全角10文字			
送付先郵便番号 ※中央館で12文字			住所検索
送付先住所 ※全角90文字		住所と送付先が異なる場合のみ入力します	
送付先電話番号 ※中央館で			
携帯電話 ※中央館で	必須	052-211-8682	※当日連絡がとれる電話番号を入力してください
メールアドレス	必須	.jp	
パスワード	必須	*****	※英字1文字以上、数字1文字以上を含む ※角括弧数字混在で入力してください
パスワード（確認用）	必須	*****	

次へ >

⑥ 受診者確認

STEP ③ 受診者情報確認

以下の内容で登録を行います。

内容もご確認の上、修正がなければ「登録」ボタンを押してください。
変更がある場合は「戻る」ボタンを押して、入力画面に戻ります。

氏名 <small>※姓・名</small>	必須	大岡 ななこ
カナ氏名 <small>※姓・カナ</small>	必須	ダイジウ ナナコ
性別	必須	女性
生年月日	必須	1986年8月20日
保険証情報 <small>※※※※※</small>		(記号) 120 (番号) 9999 (保険番号) 06030221
送付先電話番号 <small>※※※※※</small>		
携帯番号 <small>※※※※※</small>	必須	090-211-8882 ※当日連絡がとれる電話番号を入力してください
メールアドレス	必須	xxx@xxx.jp
パスワード	必須	*****

[← 戻る](#) [登録 >](#)

⑦ 受診者登録の完了

STEP ④ 受診者登録完了

受診者情報の登録が完了しました。

引き続き受診の予約を行う場合は、ログインを行ってください。

[→ ログイン >](#)

※ご登録のメールアドレスに登録完了メールを送信致しましたので、ご確認ください。

登録完了メールが届かない場合はご連絡ください。

⑧ 登録したログインIDとパスワードでログインする

ログイン

ログインID

パスワード

[→ ログイン >](#)

[初めて受診される方 >](#)

[パスワードを忘れた方 >](#)

⑨ 予約申込を選択

健康診断予約画面

予約申込 >

予約確認
(取消) >

インフォメーション

現在、お知らせはございません。

⑩ 健診種類を選択

『従業員婦人科検診』を選択

STEP ① 健診種類選択

下記の内容から申し込み健診の種類を選択してください。

従業員婦人科検診 >

大同特殊鋼健康保険組合ご加入の被保険者女性が受診できるコースです。年度内1回のみ補助制度です。

全額自己負担 >

全額窓口でのお支払いとなります。会社、健康保険組合の補助制度をご利用の方は、お電話にてお問い合わせください。052-611-8641

⑪ 受診コースと希望項目を選択

STEP ② 受診日時選択

健診内容とコース、オプションを選択すると予約可能日が表示されます。受診希望日を選択してください。

健診内容	従業員婦人科検診 ①												
コース	従業員婦人科検診 (40) ①												
選択オプショングループ1	<table><thead><tr><th>検査項目</th><th>金額</th><th>選択</th></tr></thead><tbody><tr><td>乳房超音波+マンモグラフィ ①</td><td></td><td>選択</td></tr><tr><td>マンモグラフィ 確認必須 ①</td><td></td><td>選択</td></tr><tr><td>乳房超音波検査 ①</td><td></td><td>選択</td></tr></tbody></table>	検査項目	金額	選択	乳房超音波+マンモグラフィ ①		選択	マンモグラフィ 確認必須 ①		選択	乳房超音波検査 ①		選択
検査項目	金額	選択											
乳房超音波+マンモグラフィ ①		選択											
マンモグラフィ 確認必須 ①		選択											
乳房超音波検査 ①		選択											
追加オプション	<table><thead><tr><th>検査項目</th><th>金額</th><th>選択</th></tr></thead><tbody><tr><td>骨密度 (超音波検査) ①</td><td></td><td>選択</td></tr><tr><td>子宮頸がん検診 (細胞診) 確認必須 ①</td><td></td><td>選択</td></tr></tbody></table>	検査項目	金額	選択	骨密度 (超音波検査) ①		選択	子宮頸がん検診 (細胞診) 確認必須 ①		選択			
検査項目	金額	選択											
骨密度 (超音波検査) ①		選択											
子宮頸がん検診 (細胞診) 確認必須 ①		選択											

⑫ 検索して希望日を選択



⑬ 希望時間の選択

STEP 2 受診日時選択

2024年 5月 31日 (金)

ご希望の時間を選択してください。

07:00

07:45

08:30

09:15

10:00

10:45

11:30

12:15

13:00

13:45

14:30

15:15

< 前日

翌日 >

< 戻る

⑭ 予約内容と資料送付先の確認

STEP 3 予約内容確認

下記の内容で予約します。よろしいでしょうか？

受診予定日時

2024年 5月 31日 (金) 08:30

健診内容

分類	検査項目	金額
コース	従業員婦人科検診	
追加オプション	マンモグラフィ 確認必須	
追加オプション	骨密度 (超音波検査)	
追加オプション	子宮頸がん検診 (細胞診) 確認必須	
		合計: ¥0

① 上記料金は変更となる場合がございます。

送付先

郵便番号	457-8511
住所	愛知県名古屋市長区白水町9
電話番号	
メールアドレス	co.jp

上記以外の送付先に資料等の送付も希望する。

< 戻る

この内容で申し込む >

※ご登録のメールアドレスに予約完了メールを送信致しましたので、ご確認ください。

予約完了メールが届かない場合はご連絡ください。

【お問い合わせ先】

TEL : 052-211-8682

受付時間 : 月～金 7時～19時 / 土日祝 7時～15時 (年末年始除く) Email : d-medical.square@daiidohp.or.jp

マイページに戻る

※マイページにログインいただくと予約確認、日程の変更が可能
(日程・項目変更は予約日の2週間前まで)

健康診断予約画面

予約申込 >

予約確認
(取消) >

問診入力 >

インフォメーション

現在、お知らせはございません。

予約内容

予約番号: 0000070710

受診予定日時	2024年5月31日 08:30
健診内容	従業員婦人科検診
オプション情報	骨密度(超音波検査) マンモグラフィ 確認必須 子宮頸がん検診(細胞診) 確認必須
検査料金	¥0
送付先郵便番号	457-8511
送付先住所	愛知県名古屋市長区白水町9
連絡先電話番号	

メール再送信

修正

取消