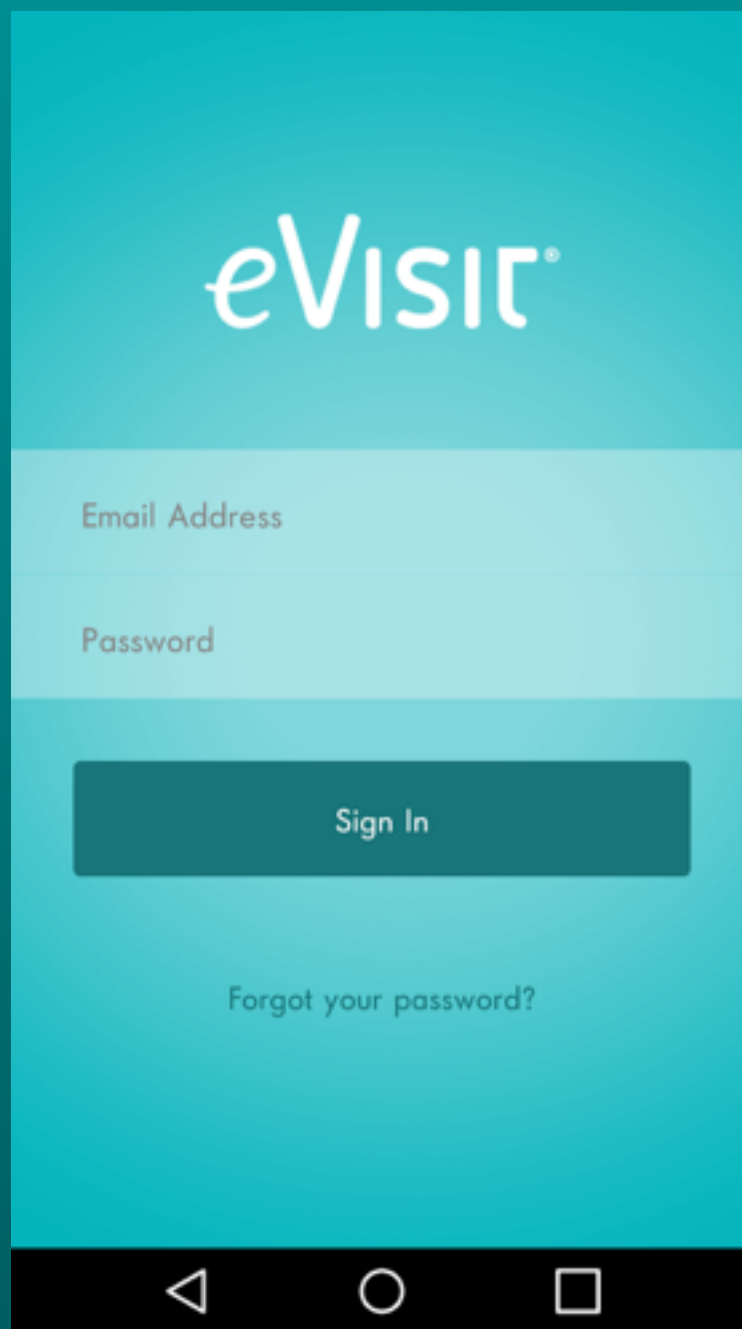


# ようこそWeb クリニックへ！

メールアドレスを入力しパスワードを設定してください  
“Terms & Consitions and Privacy Policy”に同意してください  
“Register”をクリックして次に進んでください



The image shows the English version of the eVisit login screen. At the top is the eVisit logo. Below it are two input fields: "Email Address" and "Password". A blue "Sign In" button is positioned below the password field. At the bottom, there is a link that says "Forgot your password?". The screen is framed by a dark blue border, and a standard Android navigation bar is visible at the very bottom.



The image shows the Japanese version of the eVisit login screen. At the top is the eVisit logo. Below it are two input fields: "メールアドレス" (Email Address) and "パスワード" (Password). A blue "ログイン" (Login) button is positioned below the password field. At the bottom, there is a link that says "パスワードを忘れた方はこちら" (Click here if you forgot your password). The screen is framed by a dark blue border, and a standard Android navigation bar is visible at the very bottom.



Email

Password

Sign In

[Forgot your password?](#)

I DON'T HAVE AN ACCOUNT



メールアドレス

パスワード

登録

パスワードを忘れた方はこちら

アカウントをお持ちでない方



Email

Password

Password Confirmation

Register

I ALREADY HAVE AN ACCOUNT



メールアドレス

パスワード

パスワード再入力

登録

アカウントをすでにお持ちの方



## FORGOT YOUR PASSWORD?

It happens to the best of us. Enter your email below and we'll send you a link to reset your password.

Email Address

Reset Password

Cancel



## パスワードを忘れた方

メールアドレスを入力して下さい。  
パスワードを再設定する為のリンクを送信します。

メールアドレス

パスワードのリセット

キャンセル

## Download the App

To continue with your visit on **Android**, please download our app from **Google Play**.

Go to Google Play

I Already Have the App

## アプリのダウンロード

携帯端末専用のアプリをダウンロードして下さい

アプリストアへ

アプリをすでにダウンロード済みの方

## LET'S GET TO KNOW YOU!

First Name

Last Name

Address

City

State



Zip Code

DOB

Gender



Mobile Phone

## お客様情報

ファーストネーム〈名〉

ラストネーム〈姓〉

住所

市

州



郵便番号

生年月日

性別



携帯電話番号

## Insurance

GREAT!

Would you like to add insurance?

YES

NO

## 保険情報

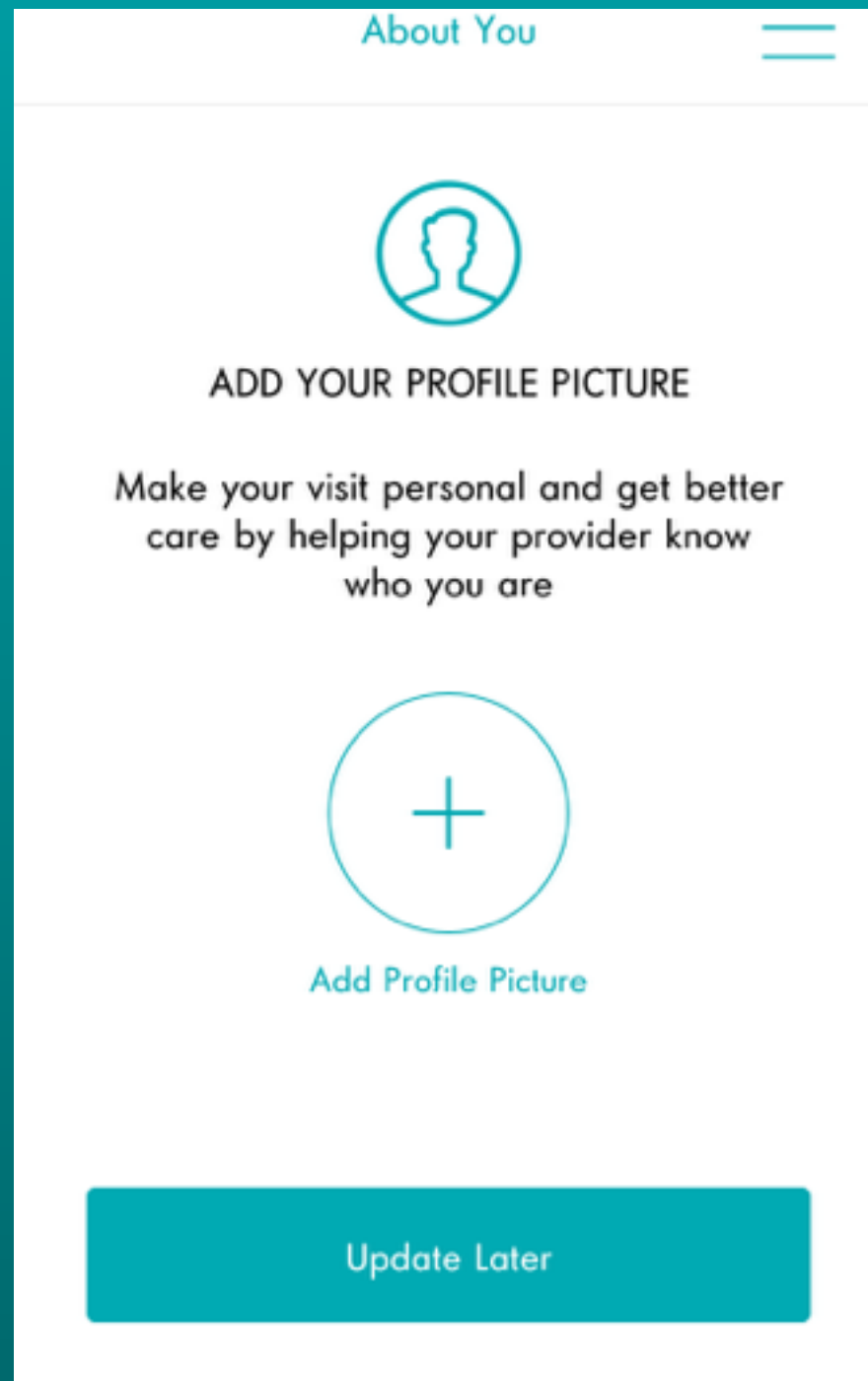
保険情報を入力しますか？

はい

いいえ

| Insurance                                                              |
|------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> I do not have or do not wish to use insurance |
| Enter your insurance information:                                      |
| Policy Holder Name<br>Austin Test7                                     |
| Relation To Policy Holder<br>Self                                      |
| Group name                                                             |
| Group number                                                           |
| ID number                                                              |
| Insurance Phone                                                        |
| Issued Date                                                            |

| 保険情報                                                      |
|-----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 保険をお持ちでない方、保険請求を指定されない方はこちらをクリック |
| 保険情報を入力して下さい                                              |
| 被保険者名                                                     |
| 被保険者と受診者の関係                                               |
| グループ名                                                     |
| グループ番号                                                    |
| 保険証券番号                                                    |
| 保険会社電話番号                                                  |
| 発行日                                                       |



Success



CONGRATULATIONS!  
You're all set up. Now, request visits  
whenever you'd like!

Who's available?

登録完了



登録成功！！

受診リクエストはいつでも  
可能です

医師を選ぶ

Request Visit

Providers (2)



Mark Fujita

AVAILABLE NOW

\$0



Schedule



See Now



WAS Admin

AVAILABLE NOW

\$0



Schedule



See Now

受診リクエスト

プロバイダー (2)



医師 1

\$0





受診  
リクエスト



医師 2

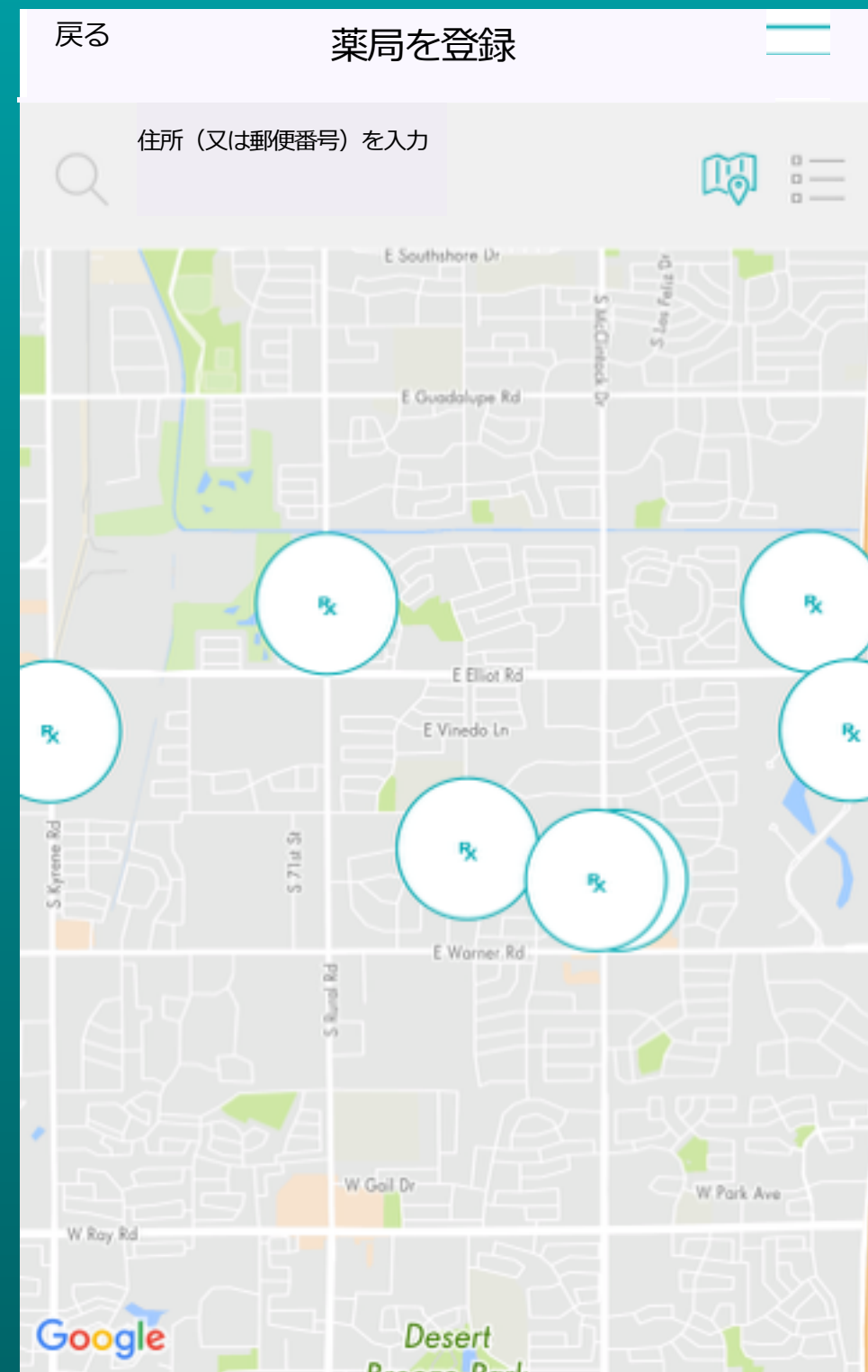
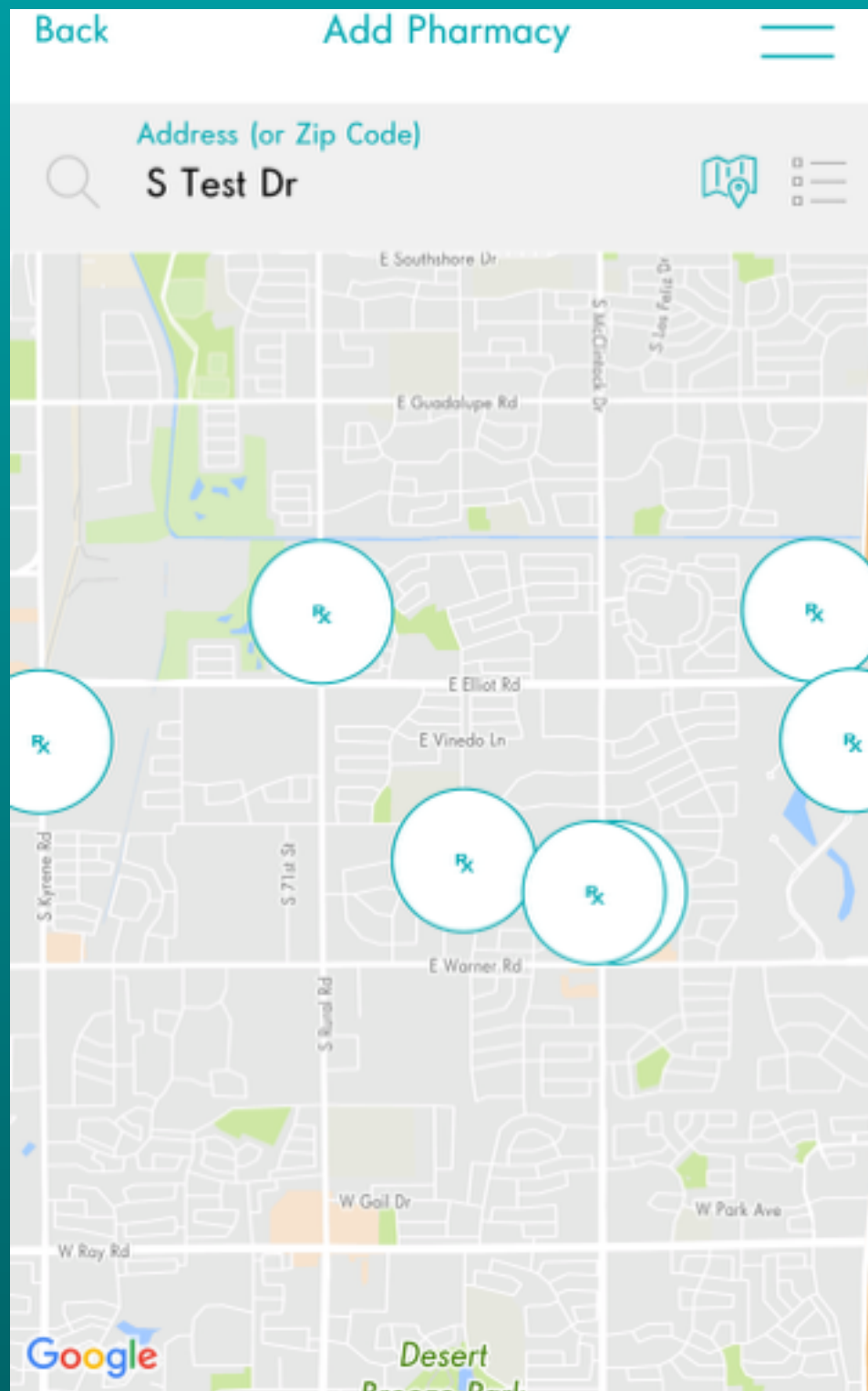
\$0





受診  
リクエスト

1



Back
Confirmation

か？ (顔写真のページが必要です)
No

保険証券のコピーをアップロードしましたか？
No

Pharmacy

Rx
FRYS PHARMACY #66...
9900 S Rural Rd  
AZ 85284

☒ 入力した内容が正しい事を確認しました。Webクリニックの診療費は私が登録したクレジットカードにて清算されるか、私の登録した保険会社に請求する事に同意します。

Confirm & Request Visit

戻る
入力した内容の確認

か？ (顔写真のページが必要です)

保険証券のコピーをアップロードしましたか？

Pharmacy

Rx

☒ 入力した内容が正しい事を確認しました。Webクリニックの診療費は私が登録したクレジットカードにて清算されるか、私の登録した保険会社に請求する事に同意します。

入力内容の確認と受診のリクエスト

## Confirmation success

SUCCESS!

Your visit has been submitted and your provider has been notified.

### MY NOTIFICATIONS

Select how would you like to be notified when your provider is ready.

Text ☒ Phone ☐

Select at least one notification method

### WHAT'S NEXT?

Feel free to wait on the video call or leave the app – your spot in line will be saved.

Got it!

## 送信済み

送信されました！

受診リクエストを送信し、  
医師に通知が送られました。

### 通知方法

プロバイダーの受診準備が出来ましたら、  
下記の方法で通知します。

テキスト ☒ 電話 ☐

必ずどちらかの通知方法を選択して下さい

### 次は？

アプリを開いた状態で待つか、アプリを閉じてお待ち下さい。  
準備が出来次第、お知らせします。

はい

eVisit<sup>®</sup>



Waiting for WAS Admin to join  
the call.

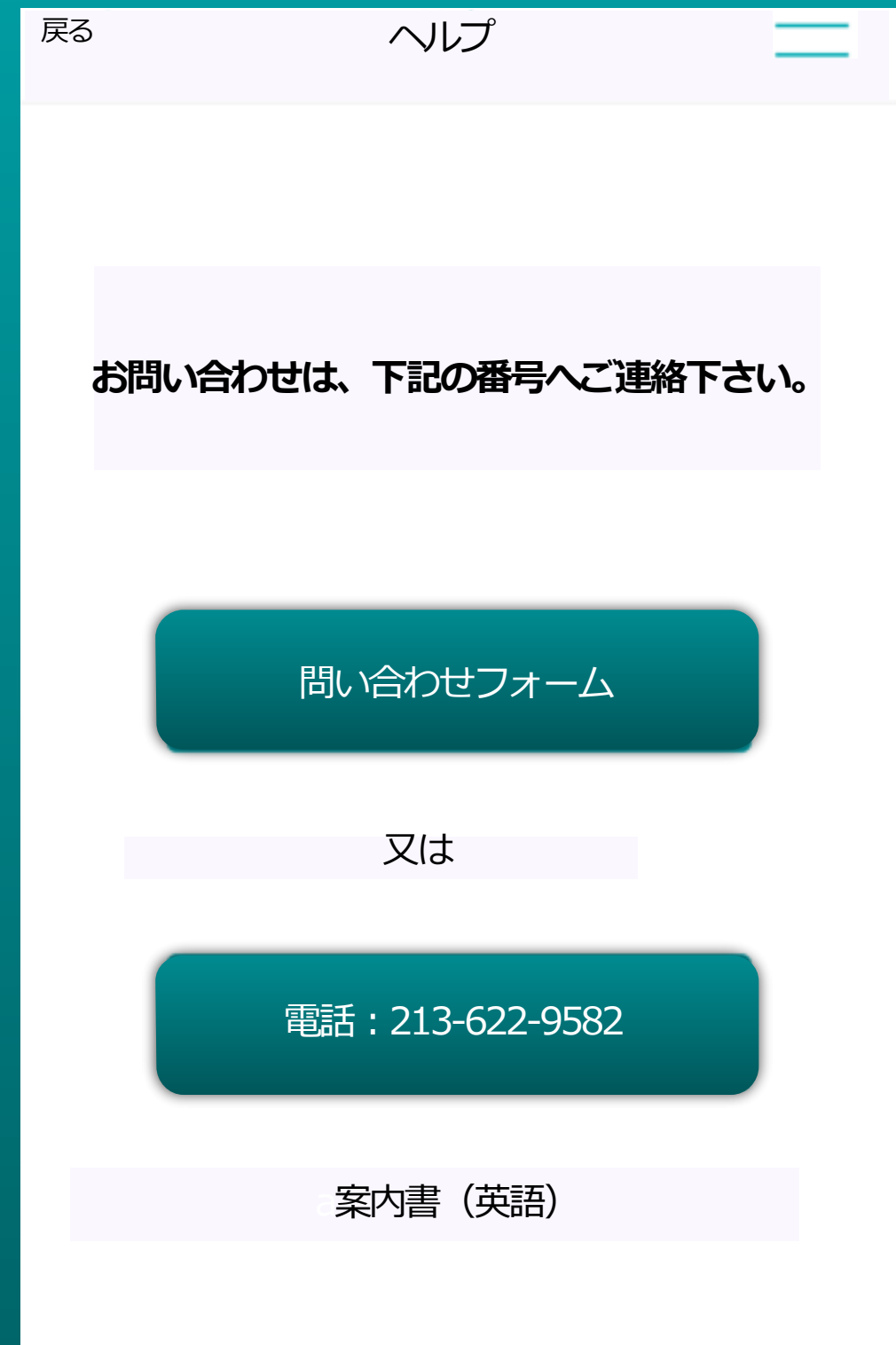
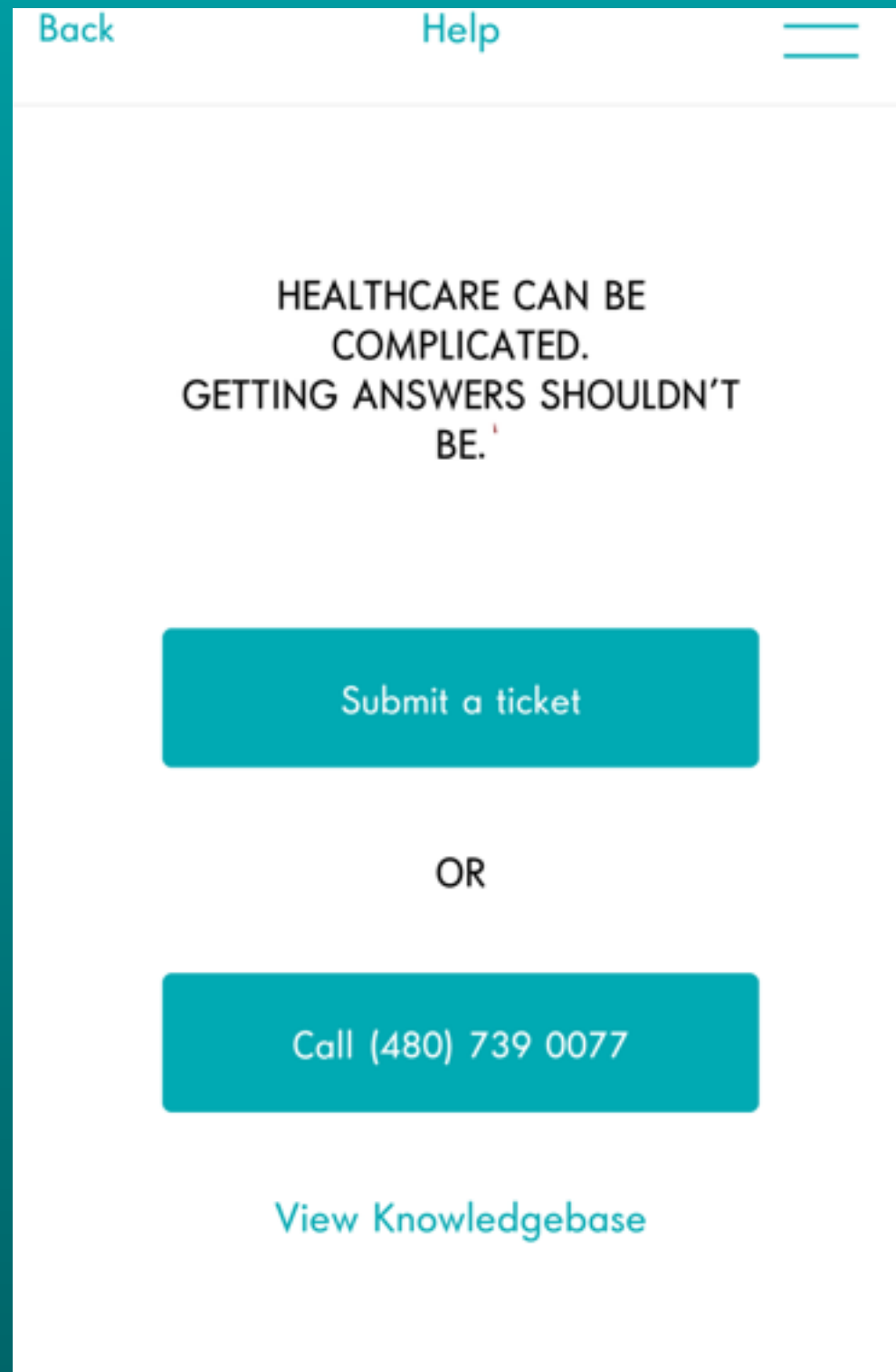
Cancel

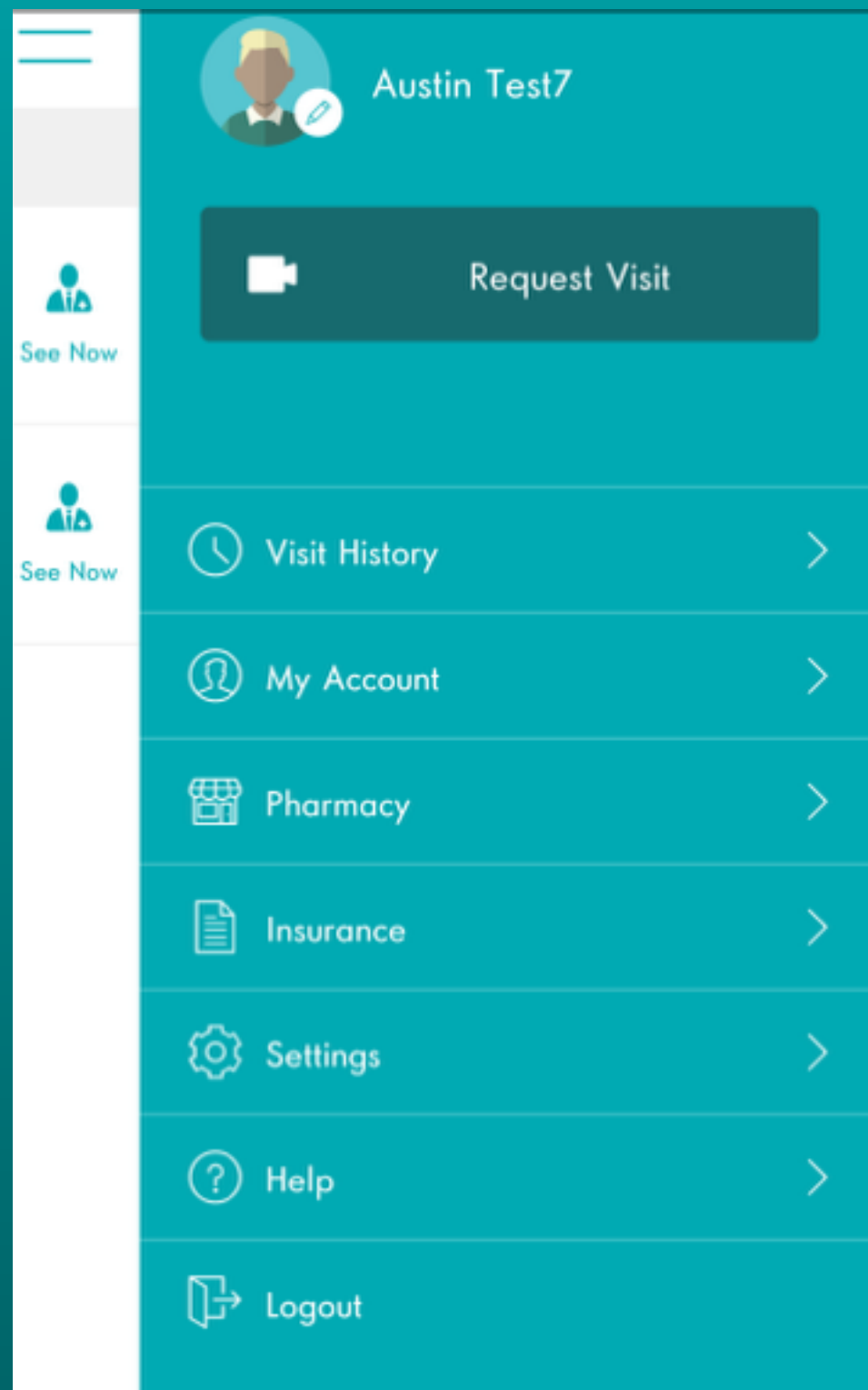
eVisit<sup>®</sup>



待機中。医師の接続を  
待っています。

キャンセル





[Back](#)

My Account

MY ACCOUNT INFO

First Name

Last Name

Address

City

State

AZ

Zip Code

DOB

05/30/1990

Gender

Male

Time Zone

America/Phoenix

[戻る](#)

マイアカウント

お客様情報

ファーストネーム (名)

ラストネーム (姓)

住所

市

州

郵便番号

生年月日 (月月/日日/西暦)

性別

タイムゾーン

(Pacific/Honolulu 又は America/Los Angelesを選んで下さい)

Back

Settings

UPDATE EMAIL

Email Address

+wasi@evisit.com

UPDATE PASSWORD

New Password

Confirm New Password

NOTIFICATION PREFERENCES

Email

Phone

Text

戻る

設定

メールアドレスの再設定

メールアドレス

パスワードの再設定

新しいパスワード

パスワード再入力

通知方法の選択

メール

電話

テキスト