オンライン診療に関する同意書

当院の実施するオンライン診療の受診にあたり、下記事項を確認の上、下記事項全てをご同意いただける場合は、下記署名欄にご署名をお願いいたします。

記

１．対面診療との組み合わせ	触診等を行うことができず、医師が得られる情報が限られるため、対面診療を適切に組み合わせる場合があります。
２．医師による判断	毎回、医師により医学的な観点より実施の可否を判断します。
３．患者様の合意	患者様がその不利益事項を十分に理解し、患者様の求めに応じて行われます。
４．情報提供の協力	ご自身の治療のため、診察の際に必要な情報提供をご協力いただくものとします。
５．不適切と判断する場合	下記事由または、医師の判断にてオンライン診療を行うことが適切でないと判断した場合、オンライン診療を中止し、対面診療に移行することがあるものとします。 ・患者様の心身の状態について、十分に必要な情報が得られていないと医師が判断した場合 ・体調に変化が現れ、対面診療の必要性が認められた場合 ・情報通信環境の障害等によりオンライン診療を行うことができない場合 ・その他オンライン診療を継続することができないと医師が判断した場合
６．使用システム	LINE ドクター
７．機器及びシステムの準備	患者様ご自身で機器を用意し、セキュリティ対策およびデータ通信費用等患者様のご負担等責任にてご対応いただきます。
８．録画、撮影等の禁止	診療内容の録音、録画、撮影を行わず、またこれらの公表、掲載、投稿等を行わないものとします。
９．個人情報使用の禁止	当院医師や従事者等の個人情報を第三者へ提供する等、個人情報保護に反する行為をしないものとします。
１０．第三者参加の禁止	当院医師の同意があるご家族様、代理人様等を除き、オンライン診療に第三者を参加させないものとします。
１１．保険外負担	保険外負担の料金について、利用回数に応じた実費の負担をお願いします。 オンライン診療におけるシステム利用に要する費用　１回につき 300 円 処方箋の自宅郵送にかかる費用　１回につき 300 円

以上

成城木下病院　御中

オンライン診療に関する同意書

東京都世田谷区成城 6-13-20

医療法人社団九折会成城木下病院

私は上記注意事項に対して同意の上、オンライン診療を希望いたします。

同意日	年　　月　　日		
住　所			
診察券番号		生年月日	
氏　名			

以上