

保険外負担に関する同意書

当院では、保険外負担の料金について、その使用料、利用回数に応じた実費のご負担をお願いしています。下記の内容について同意をいただいた上で署名・捺印をお願いいたします。

- 電話やテレビ画像等の送受信に係る費用

一回につき 500円

(もし他のものあればその他も)

私は、必要に応じて使用する上記のものについて、保険外負担をすることに同意します。

年 月 日

患者氏名 _____ 印

代筆者氏名 _____ 印

(続柄: _____)

中野外科胃腸科医院

オンライン診療同意書

オンライン診療の受診にあたり、以下の注意事項をお読みいただき同意いただける場合は署名をお願いします。

■オンライン診療についての基本的な考え方について

- ・原則として、初診は対面での診療を行う
- ・オンライン診療は触診等ができないことから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ことが求められる
- ・オンライン診療は、患者がその利益および不利益等を十分に理解し、オンライン診療を実施する旨について医師と患者の間で合意がある場合に、患者の求めに応じて行われる

■オンライン診療に利用する機器について

- ・受診には、オンライン診療・服薬指導アプリ CLINICS（以下「CLINICS アプリ」と称する）を使用する
- ・CLINICS アプリ利用に伴うデータ通信費用は患者の負担となる

■オンライン診療を中止する場合について

- ・下記に該当した場合は、オンライン診療を中止し、直接の対面診療を受診する
 - 患者の心身の状態について必要な情報が得られない場合、体調に変化が現れた場合など、オンライン診療による診療が適切でないと医師が判断した場合
 - 情報通信機器の不良・ネットワーク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、対面による診療が必要と医師が判断した場合

■セキュリティおよびプライバシーについて

- ・スマートフォンやパソコンなど端末のセキュリティ対策は、患者自身の責任で行う
- ・端末からの情報漏洩を防ぐため、生体認証やウイルス対策ソフトの導入を行い、CLINICS アプリや OS は最新版を使用する
- ・患者側、医師側共に同意なしに診療内容の録音、録画、撮影は行わない
- ・医師のアカウント等の情報を診療に関係のない第三者に提供しない
- ・医師との診療に際して、医師の同意がない限り、第三者を参加させない

私は上記注意事項を理解し同意した上でオンライン診療を受診します。

_____年 月 日

患者氏名： _____

代筆者氏名： _____

(続柄: _____)

