

オンライン診療および保険外負担に関する同意書

オンライン診療を受けるにあたり以下の注意事項を確認のうえご署名をお願いいたします。

- ・ オンライン診療は、その利点や不利益を患者様にご理解したうえで実施すること。
- ・ 原則として、初診は対面での診療とすること。
- ・ 本人確認のため、診察の都度、保険証の提示をすること。
- ・ アレルギー性鼻炎、症状が落ち着いている慢性疾患など医師がオンライン診療可能と判断したものに限ること。
- ・ 原則として3回に1回はご来院の上、診察室で診察を行うこと。
- ・ オンライン診療を実施する都度、医師がオンライン診療実施の可否を判断し、急変時や新たな疾患を診察する場合は診察室での診察となること。
- ・ 領収書は次回来院時にまとめてのお渡しとなること。
- ・ ご自身のスマートフォン、パソコンやipadなどのタブレットで使うこと。
- ・ オンライン診療で発生する通信料は各自の負担とすること。
- ・ 情報漏洩防止のため、双方ともに録画・録音は禁止し、使用する機器を最適な状態とすること。
- ・ ご予約は診察希望日前日の午前中までとすること。
- ・ お支払いはクレジットカードを使用し、決済の確認が取れ次第、処方箋を発行となること。

※オンライン診療をご利用にあたり、情報通信機器の運用に要する費用（システム使用料）として保険外負担をお支払いいただきます。 1回につき 600円＋税

上記をご理解いただきましたら、ご署名をお願いいたします。

私は、オンライン診療に関する上記の内容を十分に理解した上で、保険外負担をすることに同意します。

西暦 年 月 日

患者様氏名 _____

ご家族・代理人氏名 _____

(患者様との関係)

※患者様本人の署名がある場合は、家族等の署名は不要です
医) 富山耳鼻咽喉科医院