

オンライン診療に関する同意書

本駒込こどもクリニック

当院の実施するオンライン診療の受診にあたり、以下の注意事項を確認いただき、ご希望なされる場合は同意書にご署名ください。

1. オンライン診療を実施する場合、患者様がその利点および生ずる恐れのある不利益事項を十分に理解した上で、患者様の求めに応じて、医師—患者間で合意がある場合に行います。

2. オンライン診療は、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、診療への積極的協力が必要となり、対面診療を適切に組み合わせて行う必要があります。

(概ね3か月に一度の対面診療をお願いします) ※初診時は原則として対面診療が必要です。

3. オンライン診療実施の都度、医師がオンライン診療の実施の可否を判断します。

下記に該当した場合は、オンライン診療を中止し、対面診療に切り替えさせていただきます。

- ・ 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

4. 使用システム : SOKUYAKU

患者様ご自身で機器(主にスマートフォン)を用意し、セキュリティ対策はご自身の責任で行って頂きます。データ通信費用等は患者様のご負担にてご対応いただきます。

5. 第三者に患者さんに関する個人情報が伝わることがないように、物理的に外部から隔離されている空間にて行います。医師の同意がない限り、第三者(家族含む)を参加させないものとします。

6. 患者様および医師側共に、プライバシー保護のため診療内容の録音、録画、撮影は禁止し、またこれらの公表、掲載、投稿等も禁止とします。

7. 当院医師や従事者等のアカウントなど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。

8. 急病急変時、当院にて対応ができない場合には適切な医療機関をご紹介いたします。

9. 複数医師での実施を行います。

10. 料金について

保険診療にかかる費用以外に、オンライン診療における情報通信機器の運用費500円、運営会社の管理費用275円の計775円を別途ご負担いただきます。

私はオンライン診療について理解し、上記事項に対して同意します。

西暦 年 月 日

患者氏名 _____

保護者氏名 _____

(続柄)