

オンライン診療に関する同意書

当院のオンライン診療の受診にあたり、下記事項を確認の上、同意いただける場合は□にチェック及びご署名をお願いいたします。

□ オンライン診療を実施する際は、患者様がその利益及び不利益を十分に理解し、オンライン診療を実施することについて医師と患者様の間で合意がある場合に行います。

□ 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。

□ オンライン診療では医師-患者様間の信頼関係が必要となるため、初診は原則、対面による診療が必要になります。

□ ご自身の治療のため、診察に必要な情報は積極的にご提供いただく等、ご協力いただくものとします。

□ 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はないと判断した場合は、その時点でオンライン診療を中止し、対面診療に移行することがあります。

- ・ 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
- ・ 急変等により対面診療の必要性があると医師が判断した場合
- ・ 通信環境の障害等によりオンライン診療ができない場合
- ・ 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

□ 個人情報保護のため、医師と患者様の双方が診療内容の録画、録音、撮影をせず、またこれらを公表、投稿、掲載しないものとします。

□ 当院医師や医療従事者等の情報を第三者（家族や友人等）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。

□ 当院医師の同意があるご家族や代理人を除き、オンライン診療に第三者を参加させないものとします。

□ オンライン診療にはご自身のスマートフォンやパソコン等をご用意ください。セキュリティ対策やデータ通信費等は、患者様の責任・負担にてご対応ください。

□ オンライン診療で起こりうる出来事は、全て患者様の責任となります。当院に故意または過失のない限り、一切の責任は負いかねますのでご了承ください。

□ 診察料、処方箋・処方薬剤の郵送費、各種手数料等につきましては全て患者様の負担となります。

□ オンライン診療で処方される処方箋の期限は発行日より4日間です。必ず4日以内にお近くの調剤薬局にてお受け取りください。

以上、ご説明し本書を交付いたします。

医療法人まぶたラボ ひふみるクリニック 理事長 中林洋平

私は上記注意事項について同意の上、オンライン診療を希望いたします。

西暦 20 年 月 日

患者本人 氏名（署名）_____

家族または代理人 氏名（署名）_____ 続柄_____