

オンライン診療および保険外負担に関する同意書

- ①対面診療を組み合わせる必要があること
- ②実施する都度、医師がオンライン診療の実施の可否を判断すること
- ③疾病名、治療内容等（オンライン診療で行う具体的な診療内容）
- ④オンライン診療と直接の対面診療、検査の頻度やタイミング等、
- ⑤診療時間に関する事項
- ⑥診療の方法（使用する情報通信機器：インターネットテレビ電話）
- ⑦診療を行わないと判断する条件とその条件があれば直接の対面診療に切り替える旨
- ⑧患者が診察に対し積極的に協力する必要がある旨に協力する必要がある旨
- ⑨急病急変時の対応方針急病急変時の対応方針（対応できない疾患等の場合、対応できる医療機関：公立昭和病院、小児総合医療センターへ受診勧奨・紹介状発行）
- ⑩複数の医師がオンライン診療を実施する予定がある場合は、その医師の氏名及びどのような場合にどの医師が行うかの明示情報漏洩等のリスクを踏まえて、セキュリティリスクに関する責任、範囲及びそのとぎれがないこと
- ⑪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。

- オンライン診察における予約や受診等に係るシステム利用に要する費用、及び電話やテレビ画像等の送受信に係る費用

一回につき 300円

（新型コロナウイルス流行期暫定期間終了後は900円）

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。

令和 年 月 日

患者氏名 _____ 印

代筆者氏名 _____ 印

（続柄： _____）

<医療機関名 たかの台こどもクリニック>