

オンライン診療同意書

オンライン診療を受ける当たり、以下の注意事項を確認してください。

1. オンライン診療を実施する際は、患者様とその利益および不利益等を十分に理解し、医師と患者様の間で合意がある場合に行います。
2. 触診を行うことができない等の理由により、オンライン診療で得られる情報は限られていることから、3か月に1回の対面診療を受ける必要があります。
3. オンライン診療では、得られる情報が視覚及び聴覚に限られているため、直近の対面診療で症状が安定していると医師が判断した場合にのみ行います。
4. 端末はご自身のスマートフォンをご利用いただきます。
5. スマートフォン端末のセキュリティ対策は、患者ご自身の責任で行って頂きます。端末からの情報漏洩等がないよう、ご自身でご対応下さい。
6. プライバシーが保たれるように、患者様、医師共に診療内容の録音、録画、撮影は厳禁とします。
7. 医師のアカウント等情報を診療に関わりのない第三者（家族や友人など）に提供してはいけません。
8. 原則として、医師と患者双方が身分確認書類（医師：医師資格証、患者：保険証、マイナンバーカード、運転免許証等）を用いてお互いに本人であることを確認します。
9. オンライン診療を受けることで起こりうる出来事は全て自己責任となります。当院に故意または過失のない限り、一切の責任を負いませんのでご了承ください。オンライン診療を行う際のセキュリティおよびプライバシーのリスクを、患者側が負うべき責任があることを十分に理解した上でその実施を希望した場合に行います。

上記オンライン診療同意書の内容に対して同意します。

令和 年 月 日

患者氏名 _____ 印

家族・代理人氏名 _____ 印

(患者様との関係 : _____)

* 患者本人の署名がある場合は家族等の署名は不要です。