

オンライン診療同意書

オンライン診療を受けるに当たって、下記の注意事項をよくお読みご利用ください。

1. オンライン診療を実施する際は、患者がその利益および不利益等を十分に理解し、オンライン診療を実施する旨について、医師と患者の間で合意がある場合に行います。
2. オンライン診療では直接の対面による診療に比べて、触診などを行う事ができないなどの理由により、得られる情報は限られていることから、オンライン診療には制限がございます。診察への積極的な協力が必要であり、対面診療を組み合わせて行うことになります。
3. オンライン診療を実施する都度、医師がオンライン診療の実施の可否を判断し、オンライン診療を行うことが適切でないと判断した場合は、速やかに適切な対面診療へつなげます。
4. 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を防ぐため、ウイルス対策ソフトを導入し、OS・ソフトウェアは最新バージョンを使用するようにしてください。
5. プライバシーが確保できる場所で診療を受けてください。医師との通信中は、第三者（家族や友人など）を参加させてはいけません。
6. プライバシーが保たれるように、患者側、医師側共に診療内容の録音、録画、撮影は行いません。
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. 初診でオンライン診療を用いる場合、患者は顔写真付きの身分証明書で本人証明を行わなければなりません。
10. 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。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。

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。

医療法人博心会 一関すずき整形外科クリニック 院長 鈴木 道博

〒021-0035 一関市山目字才天 221 番地 TEL 0191-33-1110 FAX0191-33-1109