

	<ul style="list-style-type: none"> 患者および医師がシステムを利用する際の権利、義務、リスク等を明示し、かつ情報漏洩等のセキュリティリスク、医師・患者双方のセキュリティ対策の内容、患者への影響等について、平易に説明できるオンライン診療システム提供事業者を選択すること <p>なお、患者の行為により、セキュリティ事案や損害等が生じた場合、発生した直接的、間接的、その他すべての損害について、医師は責任を負わない。</p>
複数の医師がオンライン診療を実施する予定	なし
オンライン診療の映像や音声等の保存の要否	不要
備考	<ul style="list-style-type: none"> 当院では保険外負担の料金について、利用回数に応じた実費のご負担をお願いしています（1回につき処方箋郵送料+事務手数料として500円） 電子処方箋がご利用できる場合は、上記は不要です

注) 本内容は、医療機関と患者の間で治療の経過等を踏まえ、必要に応じて見直しを行います。

同意書

私は、貴院におけるオンライン診療を用いた受診を希望するとともに、「オンライン診療 診療計画書」に関する内容を理解したうえで、「オンライン診療 診療計画書」に記載された内容に同意します。

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。