

オンライン診療同意書

下記の内容についてご確認頂き、ご承諾頂けましたら、下へご署名をお願い致します。

1.当院のオンライン診療で受診できる病気について

花粉症・アレルギー性鼻炎・舌下免疫療法

最近一週間以内に起こった軽い鼻水や軽い喉の痛み、軽い咳

初診の方は、7日以内に実際に受診して頂く事ができる方

上記以外のオンライン診療につきましては、当院では対応をしておりません

2.当院でのオンライン診療を受ける条件について

クレジットカードをお持ちの方

上記1.症状に当てはまる方

診療時に保険証の提示が可能な方

受給者証をお持ちの方は診療登録ページからご登録ください

スマートフォンまたはカメラマイク付きのパソコンをお持ちの方

3.当院のオンライン診療規定について

保険証の変更がある場合、保険証登録を新しい保険証へ更新をお願いいたします

診療時の保険証が登録保険証と異なる時は診察をお断りさせて頂いております

診療終了後に保険証の不備が確認された場合、以後のオンライン診療はできません

4.当院でオンライン診療を受ける注意点について

当院のオンライン診療サイトをご確認・ご理解頂いてからご予約ください

オンライン診療は医院での受診と交互にご利用可能です

ご予約時に連絡がつかない方は、以後オンライン診療を受けることは出来ません

オンライン診療には限界があります

受けた処方で症状が改善しない場合、お早めに医院へ受診をお願い致します

ご家族でオンライン診療をご希望の場合、お一人ずつ予約枠をお取りください

前後枠でご予約を頂けると一緒に受診頂くことが可能です

診察料保険外負担はそれぞれ別にかかります

未成年者は保護者同席の場合のみオンライン診療が可能です

同意欄

当院では保険での診察においても、オンライン診療においてはそのご利用毎に**保険外諸費用のご負担**をお願いしております。上記の内容についてご理解・同意を頂いた上で、ご署名をお願い致します。ご負担頂く費用としましては、オンライン診療に関する予約や受信等に係るシステム準備費・及び電話やテレビ画像との送受信にかかる実費として、**1回につき500円（睡眠時無呼吸症候群の場合 2500円）**を医院として診察料金と別に頂いております。（オンライン診療システム運営会社へも別途330円のご負担が必要になります。）

私は、上記説明について、保険外負担が有ることを含めてよく理解し、1~4の項目について納得・了承を致しました。

令和 年 月 日

お願い：お名前は大きくはっきりお書き下さい

ご氏名 _____

保護者氏名 _____