



# オンライン診療に関する同意書

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。

以下の各項目の内容をご確認下さい。

- ① 触診等を行うことができないため、オンライン診療で得られる情報が限られます。そのため対面診療を組み合わせる場合があります。
- ② オンライン診療を実施する際は、毎回、医師が医学的な観点からオンライン診療実施の可否を判断します。
- ③ 診察の際に、必要な情報提供に積極的にご協力いただくものとします。
- ④ 医師が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、オンライン診療を中止し速やかに対面診療につなげます。  
例) ・患者様の心身の状態に関する有用な情報が得られないと医師が判断した場合  
・急病急変など緊急性が高い症状の場合  
・情報通信環境の障害等によりオンライン診療を行うことができなくなる場合
- ⑤ 端末はご自身で保有しているスマートフォンやタブレットをご利用いただきます。  
端末のセキュリティ対策（OSやアプリケーションのアップデート、セキュリティソフト導入）は、患者ご自身の責任で行っていただきます。
- ⑥ オンライン診療中は、医師の許可がない限り以下の行為は行わないでください。  
・第三者のビデオ通話への参加 ・ビデオ通話の録音、録画、撮影とそれらのデータのSNSやネット上への掲載  
・チャット機能の利用やファイルの送付
- ⑦ 当院のアカウント等情報を診療に関わりのない第三者に提供してはけません。
- ⑧ オンライン診療を受けるにあたり、医師と患者双方が顔写真付きの身分確認書類（医師：資格証、患者：マイナンバーカード・運転免許証）を用いてお互いに本人であることを確認します。
- ⑨ 診察時は医師の他、医療クラークと看護師が同席いたします。その際にも身分証を提示し確認します。
- ⑩ オンライン診療の実施に当たっては、患者様にも責任が発生し自己責任で行うことになります。当院に故意または過失がない限り、一切の責任を負いかねますのでご了承ください。

依 IVF クリニック 院長 依史子 殿

私は、上記オンライン診療の内容を十分に理解納得しましたので、オンライン診療を希望いたします。

記入日 20 年 月 日

住所 〒

夫氏名  
(自署)

妻氏名  
(自署)

説明日

20 年 月 日

説明者

診察券  
番号

※太枠内をご記入ください。提出していただいた後、控えとしてコピーをお渡しますので大切に保管してください。

受取日

20 年 月 日

受取印