

オンライン診療 診療計画書

医療機関名	METKIDS CLINIC 新百合ヶ丘
住所	神奈川県川崎市麻生区上麻生 4-15-1 山口台ビル 3F
担当医師	吉澤 孝典

管理番号： ※患者様記入不要

患者氏名 様 男・女 年 月 日生 (歳)

診療内容 ※患者様 記入不要	疾患名	
	治療内容	
診療頻度 (オンライン診療・対面 診療)		必要時は対面診療を実施します。 オンライン診療も必要時に実施します。(月1-2回)
診療時間		原則、事前予約性となります。 当院の外来診察時間に従い、診療予約枠を設けます。
診療時使用する機器等		スマートフォン・パソコンを利用できます。 利用するオンライン診療システムはCLIUSとなります。
オンライン診療を 中断・実施しない条件		以下の場合、直接の対面診療に切り替えることがあります。 ・通信機器の不具合・障害等により十分な診療が行えないと判断した場合 ・診療に必要な十分な情報が得られないと医師が判断した場合 ・患者の心身の状態によって、対面診療が必要だと医師が判断した場合
急変時の対応		必要な場合にに応じて急変時等の指示を致しますが、主に急変する可能性がある場合は当院以外の常時開院しており、急変時の救急搬入を受け入れることにできるかかりつけ医に事前に一度受診していただく事を勧めます。
診察協力		オンライン診療実施に際し、心身に関する情報を積極的に医師に伝達するよう積極的なご協力をお願いします。
セキュリティ		PC・スマートフォン端末の利用において、セキュリティ対策は、患者自身の責任で行うこと。 情報漏洩等を防ぐためにウイルス対策ソフトの導入・OS・ソフトウェアのバージョン最新化をお勧めします。 患者の行為により、セキュリティにおける損害が発生した場合、すべての損害について医師は責任を負いません。
備考		オンライン診察内容において、録音・録画を行いません。

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」に関する説明を受け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。

メールアドレス _____