

オンライン診療の実施にかかる診療計画書・同意書

カルテ No. _____ (医療機関記入)

_____ 様

インターパーク倉持呼吸器内科では、オンライン診療の実施について下記の診療計画のもと実施します。

オンライン診療について

- ・オンライン診療は、検査・触診等を行うことが出来ない等の理由により得られる情報が限られます。そのため、対面診療と組み合わせて行います。
- ・オンライン診療を行う際に、医師が実施の可否を判断し、オンライン診療が適切でないと判断した時は、オンライン診療を行わない場合があります。その場合には対面診療を行うか、他院に紹介する場合があります。
- ・オンライン診療は患者さんがその利点及び生ずるおそれのある不利益等について理解・同意した上で患者さんの求めがあり実施されるもので医師側の都合のみによる実施はいたしません。

① オンライン診療で行う診療内容

- 初診**・・・当院受診歴がある場合で、新たな症状等に対する診察を行う場合
・・・当院受診歴がない方は、事前に診療前相談(自費 2,200 円税込)でのビデオ通話により医学的情報を確認したうえで医師がオンライン診療可能と認めた場合

- 再診**・・・初診時に対面診療を行い医師がオンライン診療可能と認めた場合
定期受診の患者さんがオンライン診療を希望された場合

② オンライン診療と対面診療、検査等の組み合わせに関する事項

概ね、3回に1回は対面診療とします。

③ 診療時間(予約)に関する事項

- ❖ 対面診療時にオンライン診療予約を入れて頂くか、電話またはメール(59yoyaku55@gmail.com)にて問合せしてください。外来診療時間内で対応します。
- ❖ 予約された時間枠内の時間に医療機関側から発信します。
- ❖ オンライン診療の医師指定はできません。

- ❖ オンライン診療は医師→患者さんへの LINE ビデオ通話の発信で開始します
- ❖ 診療前に保険証(その他受給者証等)をメールで送ってください。
- ❖ 診察開始時に本人確認をします。(マイナンバーカード、運転免許証、パスポート)

④ オンライン診療の方法・使用する機器

携帯電話またはタブレット、PC によるビデオ通話
事前診察時に確認します。

⑤ オンライン診療を行わないと判断する条件

- ❖ 患者さんの心身状態について必要な情報が十分得られないと医師が判断した場合
- ❖ 情報通信環境の障害等によりオンライン診療を実施できない場合
その場合には対面診療に切り替えます。もしくは他院を紹介します
- ❖ 麻薬、向精神薬、睡眠剤等のハイリスク薬剤等の処方を行う場合はオンライン診療はできません。
- ❖ 診療録で基礎疾患等を確認できない初診の方の処方日数上限は7日間までとします。

⑥ 患者さんの情報伝達への協力

オンライン診療を行うにあたり、患者さんは診察に積極的に協力し、自身の心身に関する情報をできるだけ多く医師に伝達する必要があります。

⑦ 急変時の対応方針

当院での対応が出来ないと判断した場合には、適切な他医療機関を紹介します。

⑧ 複数の医師がオンライン診療を行う予定

有り

対応する医師氏名

倉持仁 大森隆広 井津井康浩 加藤知子

⑨ 情報漏洩のリスクを踏まえたセキュリティに関する責任の範囲

❖ セキュリティリスク ❖

電話、ビデオ通話、メール等の使用により発生する個人情報漏洩のリスク

❖ 医療機関に課される免責事項 ❖

オンライン診療の適切な実施に関する指針に定める情報セキュリティに関するルールを遵守したシステムを構築し、常にその状態を保つこと。

❖ 患者さんに課される免責事項 ❖

患者さんの行為によってセキュリティ事案や損害等が生じた場合、医療機関は全ての損害に対し、その責任を負いかねます。

⑩ オンライン診療の映像や音声等の保存

- ❖ 患者さんと医師はオンライン診療の映像や音声等の保存は禁止されています。
- ❖ 通信に使用する機器の扱いには十分気をつけて下さい。(紛失、セキュリティ等)
- ❖ 医師の同意がない限り、診療に無関係な第三者をオンライン診療に同席させないください。
- ❖ オンライン診療する場所として相応しくないと医師が判断した場合には直ちに中止します。通信においては、プライバシーを確保できる場所で行ってください。

⑪ 処方と診療費等支払いについて

オンライン診療後、当院薬局から患者様宛に処方薬と請求書を宅急便にて送ります。支払いは届いてから2週間以内に振込してください。

(※配送料は 1,000 円で診療費と一緒に請求させていただきます。)

上記の内容および診療計画等をよくご確認頂き、オンライン診療の実施に同意頂ける場合は、別紙の同意書にご署名をお願いします。

同意書

インターパーク倉持呼吸器内科

院長 倉持 仁 先生

私は、上記のオンライン診療の実施にかかる診療計画書に関する説明を受け、内容を理解し、了解しましたので、診療計画と注意事項に従い、オンライン診療を受診することに同意します。

年 月 日

本人署名 _____

ご家族・代理人署名 _____

(患者さんとの続柄: _____)