

(診察番号：)

(日付 年 月 日)

オンライン(ビデオ通話)での診療同席に関する同意書

オンラインにより診療同席することに関して、以下の内容を確認の上ご署名をお願いいたします。

医療法人社団真高会 両角レディースクリニック

院長 両角 和人 殿

- 私は、対面診療に同席することが困難なためオンラインでの診療同席を希望します。
- 本人確認のため身分確認書類（保険証、マイナンバーカード、運転免許証等）を提示します。
- オンライン診療同席を実施する際は、その利益および不利益等を十分に理解し、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。
- オンライン診療同席を行うことが適切でないと医師が判断した場合（情報通信環境の障害が発生している場合など）は、やむを得ず中止することがあることを承知します。
- 医師との通信中は、第三者（家族や友人など）を参加させません。
- オンライン診療を行う際のセキュリティおよびプライバシーのリスクを、十分に理解し承知した上でその実施を希望します。

上記オンライン診療同意書の内容に対して同意します。

令和 年 月 日

氏名：

奥様・女性パートナー

ID :

氏名：