

【オンライン診療 同意書】

医療法人 聖誠会 石沢内科胃腸科

院長 石澤 誠 殿

私は、医療法人 聖誠会 石沢内科胃腸科が提供するオンライン診療について、以下の説明を受け内容を理解したうえで同意します。

1. オンライン診療は、対面診療と比較して診断に限界があること。
2. 症状によっては来院が必要となる場合があること。
3. 緊急症状の場合はオンライン診療では対応できないこと。
4. 通信環境の不具合により診療が中断する可能性があること。
5. 診療情報は適切に管理されること。
6. 費用は保険診療費の他に通信費があること。
7. オンライン診療の利用に必要な機器・通信環境は自ら準備すること。

上記内容を理解し、オンライン診療を希望します。

フリガナ	
患者氏名	
生年月日(西暦)	年 月 日生まれ
〒郵便番号	—
住所	青森県弘前市
自宅電話番号	0 1 7 2 — —
スマートフォン電話番号	— —
E-mailアドレス	@
スマートフォンOS	1 : iOS (iPhone) ・ 2 : Android
署名	
日付(西暦)	年 月 日