**オンライン診療　診療計画書**

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 |  |
| 住所 |  |
| 主治医 |  |

ID :

ふりがな

患者氏名　 　 　　　　　　　　　　 様　男・女 　　　　　　　　　　　年　 　月　　日生　（　 歳）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **診療内容** | **疾患名** |  |
| **治療内容** |  |
| **運用方法****（頻度やタイミング）** |  |
| **診療時間（予約制等）** |  |
| **使用する機器等** |  |
| **実施方針****（オンライン中断の条件等）** |  |
| **セキュリティ** |  |
| **映像や音声などの保存** |  |
| **複数医師の実施** |  |
| **急病急変時の対応方針** |  |
| **診察への積極的な協力のお願い** | オンライン診療実施時には触診等ができない事等により、得られる情報が限られることがあるため、診察に際しては積極的なご協力をお願いしております。 |
| **その他****（医薬品処方/システム利用料や通話料、配送料について等）** |  |

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うものです。

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、上記計画内容に対して同意します。

　　　　　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。