**オンライン診療　診療計画書（記載例）**

|  |  |
| --- | --- |
| 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** | 2型糖尿病 |
| **治療内容** | 食事指導及び投薬治療 |
| **運用方法****（頻度やタイミング）** | 1ヵ月に1回オンライン診療を実施します。ただし、3ヵ月に1回以上は対面診療を実施します。 |
| **診療時間（予約制等）** | 専用アプリケーションを通じて予約を行ってください。 |
| **使用する機器等** | インテグリティ・ヘルスケア社提供のYaDoc（ヤードック）を使用します。スマートフォンはご自分でご用意ください。医師側は医療機関のパソコンで実施します。 |
| **実施方針****（オンライン中断の条件等）** | 患者の心身の状態について、十分に必要な情報が得られていないと医師が判断した場合、体調に変化が見られた場合、あるいは情報通信環境の障害等が発生した場合に対面診療に切り替えます。 |
| **セキュリティ** | 医師・患者双方の端末に対する攻撃やシステムの障害による個人情報の漏洩リスクがあります。オンライン診療の指針に準拠したシステム及び運用を行うことで、これを防止します。※患者の行為により、セキュリティ事案や損害等が生じた場合、発生したすべての損害について、医師は責任を負いかねます。 |
| **映像や音声などの保存** | 医師の許可なく診察の様子を録音および録画しないようお願いします。 |
| **複数医師の実施** | 主治医不在時に対応する医師の名前：●●、△△ |
| **急病急変時の対応方針** | 当院で対応できない場合は、以下のクリニックに紹介します。●●●●● |
| **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）** | ・処方せんは、患者さんが希望する薬局へFAXします。・処方せん配送料として、●●●円がご本人負担になります。・診察を受ける際には、プライバシーが確保された場所での受診をお願いします。 |

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。