**オンライン診療　診療計画書（サンプル）**

医療機関名：＊＊＊

医療機関住所：＊＊＊

主治医氏名：＊＊＊

ふりがな　　　　　やーどっくたろう

患者氏名：YaDoc 太郎 様　（男・女） 　　診察券番号： 012345 　　生年月日：1947 年〇月△日生　（77 歳）

|  |  |
| --- | --- |
| **オンライン診療で行う診療内容及び期間** | 疾病名:○○○症候群  診療内容:△△△療法  診療予定期間:1年間 |
| **オンライン診療と対面診療、**  **検査等の組み合せに関する事項** | ○○○療法開始後、当院における初回の外来は対面診療を行います。  その後、概ね、〇ヵ月に1回オンライン診療を実施します。  ただし、概ね、〇ヵ月に1回は直接の対面診療を実施します。 |
| **診療時間（予約）に関する事項** | 事前予約により定めた時間に医師から発信します。  予約方法は、専用アプリケーションYaDocを通じて予約を行ってください。 |
| **オンライン診療の方法・使用する機器** | 患者側は、スマートフォン端末で専用アプリケーションを使用します。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等の情報通信機器で実施します。  当院は、YaDocを利用します。 |
| **オンライン診療を行わないと判断する条件** | 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は、対面診療に切り替えます。  ※他にも、患者さんごとに個別の条件があれば追記してください。 |
| **患者の情報伝達への協力** | オンライン診療の実施に際して、患者は診療に対して積極的に協力し、自身の心身に関する情報を一緒に伝達する必要があります。 |
| **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** | 当院での対面診療を基本としますが、当院で対応できない場合には、以下の医療機関に紹介します。  ・□□□病院  ・□□□診療所 |
| **情報漏洩等のリスクを踏まえたセキュリティに関する責任分界点** | 想定されるセキュリティリスク  ・医療機関、オンライン診療システム提供者に対するサイバー攻撃などによる患者の個人情報の漏洩、改ざん等  ・医師及び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等  医療機関及びオンライン診療システム提供者に課される事項  ・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※患者の行為及び通信機器によりセキュリティ事案や損害等が生じた場合、発生したすべての損害について、医師及び病院は責任を負いかねます。 |
| **オンライン診療の映像や、音声等の保存** | 患者、医師、ともに行わない。 |
| **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。  ・当院では、1回のオンライン診察につき、システム利用料〇〇円をお支払いいただきます。  ・オンライン診療時の通話料は、患者さん負担となります。  ・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。 |

**オンライン診療同意書**

・オンライン診療では、触診等を行うことができないため、医師が得られる情報が限られます。そのため、対面診療を適切に組み合わせる必要があります。

・オンライン診療を実施する際は、毎回、医師が医学的な観点からオンライン診療の実施の可否を判断します。

・患者さんには、診察の際に必要な情報提供に積極的に協力いただく必要があります。

・医師がオンライン診療を行うことが適切でないと判断した場合は、オンライン診療を中止し、速やかに対面診療につなげます。

・スマートフォン端末のセキュリティ対策は、患者さんご自身の責任で行って頂きます。端末からの情報漏洩等を防ぐため、パスワードの設定、生体認証設定、ウイルス対策ソフト等を導入し、OS ・ソフトウェアは最新バージョンを使用するようにしてください。

上記および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

患者氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

家族・代理人氏名　　　　　　　　　　　印

※患者本人の署名がある場合は家族等の署名は不要です。