

オンライン診察・電話診察及び処方薬の送付に関する承諾書

医療法人社団シーズメディカル シロノクリニック行

この度、私が貴院のオンライン診察・電話診察及び処方薬の送付を希望するにあたり、担当医師から「オンライン診察・電話診察及び処方薬の送付」に関して、オンライン診察・電話診察について下記内容の十分な説明を受け、またそれらの内容を理解致しましたので、その実施を承諾致します。

1. 受診は対面診察（来院）を基本とするが、患者様のやむを得ない理由がある場合は、特別措置として症状の安定している方に限り、オンライン診察・電話診察及び処方薬の送付実施となること。
2. オンライン診察・電話診察の場合は、担当医師に対して、症状や体の変化について詳しく伝えること。
3. 6カ月を超過し来院がなく、追加希望した場合は、オンライン診察・電話診察及び処方薬の送付をお断りする可能性があること。
4. 患者様ご本人であることの確認が必要の為、電話診察の場合は患者様の氏名・住所・生年月日・ID番号・暗証番号を伝えること（これらが合致しないと電話診察は受けることはできない）。
5. 薬剤によっては6カ月に1度の血液検査が必要となるため、検査を行なった上で身体の異常や副作用が無いことを確認してからの薬剤処方となること。
6. 処方済みの薬が1カ月分以上残っている場合はオンライン診察・電話診察及び処方薬の送付はできないこと。
7. 処方薬の送付及び代金回収が診察料・処方料・薬代・送料・代引手数料の合計額の支払いとなること。
8. 長期不在等により送付物の返送があった場合、送料の負担が生じること。
9. 商品の特性上、開封済み・使用済みの場合、返金・交換不可となること。
10. 医師の指導に従わずに患者様またはご家族様に被害が生じた場合、その責任は患者様ご本人にあること。
11. 文字、画像、動画のやり取りのみで診察を完結させることはできないこと。
12. 初診については、オンライン診察・電話診察の後に直接来院して診察を受けること。
13. オンライン診療についての厚生労働省の指導にしたがった貴院の対応・指示に協力し、または従うこと。

私は本サービスを受けないという選択があることを理解した上で、自らの意思で、オンライン診察・電話診察及び処方薬の送付を希望し、これを受けることに承諾します。