

# オンライン診療の説明書

## 【オンライン診療とは】

遠隔医療のうち、医師と患者さんの間で、スマートフォン・タブレット・パソコン等の情報通信機器を通して、診察や診断を行い診断結果の伝達や処方等の診療行為を、リアルタイムに行うことができます。

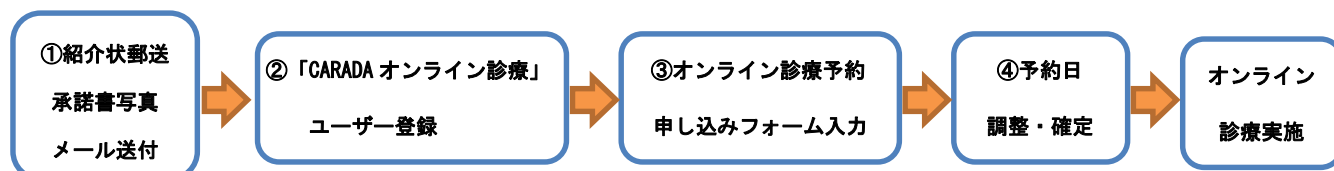
当院では、『CARADAオンライン診療システム』を使用します。対応機器・推奨環境については『CARADAオンライン診療システム』ホームページでご確認ください。

## 【受診のおおまかな流れ】

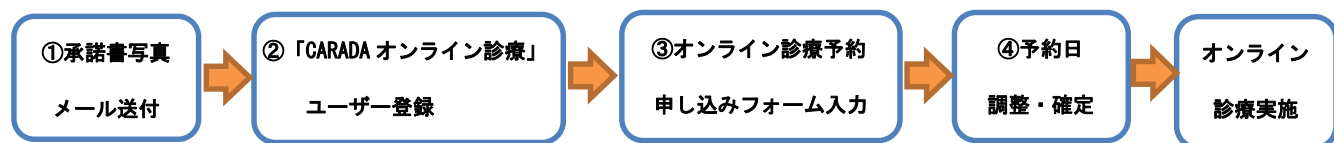
右 QR コードより埼玉病院ホームページ内の「オンライン診療（再診）予約申し込みフォーム」を使用します。



### ◆初診の場合



### ◆再診の場合



## 【診療に関するご注意】

- 1) オンライン診療は視覚および聴覚による診療であるため、得られる情報が限られていることをご了承ください。（触診ができない、画像の解像度などによって生じる問題等）
- 2) 診療時間が急患対応等で予約時間より若干（15分程度）前後することがあります。
- 3) 診療時に医師の了解なく、第三者の同席および診療時の録音・録画はできません。
- 4) 当科で対応できない急病急変時は、当院他科に院内紹介（対面診療）します。
- 5) オンライン診療の実施が適切でないと医師が判断した場合は速やかに中断し、対面診療に切り替わる場合があります。

### ＜医師がオンライン診療を行わないと判断する条件＞

- ・患者さん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。
- ・オンライン診療に必要な情報の収集、意思疎通が困難である。
- ・体調に変化が現れ、対面診療の必要性が認められた。
- ・情報通信機器の障害等により、オンライン診療を行うことができない。
- ・患者さん側の情報機器の操作等に問題がありオンライン診療の継続が困難である。

- 6) 予約変更・キャンセルをされる場合は、必ず前日までに当院代表電話(048-462-1101)までご連絡ください。予約変更される場合は、お電話にて医師の診察を受けていただき、次回予約日時を決定します。その際、電話再診料がかかりますのでご了承ください。診察当日にキャンセルをされる場合は、キャンセル料がかかる場合があります。

#### 【セキュリティリスクに関するお願い】

- 1) メールやファイルの送受信は原則、病院側が必要なときのみ行ってください。
- 2) 患者さんは、医師のアカウント情報を部外者に教えないでください。
- 3) 患者さんの行為により発生したすべてのセキュリティリスクの損害に対し、医師は責任を負いかねますことをご了承ください。

#### 【オンライン診療にかかる費用】

オンライン診療を受診するには、保険診療費のほかに患者さんにご負担いただく実費があります。お支払いは、クレジットカードのみとなります。

オンライン診療システム登録時に、クレジットカード情報のご入力をお願いします。決済時にクレジットカードの有効期限が切れている等、支払いができなかった場合は、督促行為が行われますのでご承知おきください。

予約変更をされる際は、1度電話にて医師の診察を受けていただきます。

オンライン診療を実施した場合	
情報通信機器の送受信にかかる費用	1,650円(税込)

オンライン受診勧奨※1となった場合	
オンライン受診勧奨となった場合の実費費用	2,354円(税込)

※1 オンライン受診勧奨とは、医師が患者さんの診療に関して、対面診療が適しているとお勧めすることです。例えば、医師が患者さんの発疹に対し問診を行い、「あなたの症状は実際に診察・検査をしないと判断できない状況なので、皮膚科を受診してください」と勧めることです。早期の処置、服薬及び検査が必要な場合は、オンライン受診勧奨となります。

#### 【承諾書の記入について】

説明書の内容についてご質問がある場合は、申し込み入力フォームにご質問を入力して申し込みください。ご登録いただいたメールアドレス宛てに回答いたします。

なお回答までに、お時間をいただく場合がありますのでご承知おきください。

# 承諾書

独立行政法人 国立病院機構埼玉病院 病院長 殿

この度、下記の文書を受領し、内容について説明を読み、理解しました。

内容の疑問点に関しては、質問する機会を設けられ、納得できる追加説明を受け、了解しました。

よってその実施を承諾します。

オンライン診療の説明書

西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 患者自署 \_\_\_\_\_

- ◎ 患者さんが説明内容を理解・判断できるが  
身体的理由で自署できない場合は、指印を押してください。

患者指印

- ◎ 患者さんが説明内容を理解・判断できない、または 18 歳未満の場合は、代理人が下枠に記入してください。

上記の内容を代理人として承諾します。

西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

代理人自署 \_\_\_\_\_

患者との関係 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

※代理人とは、職員以外で 18 歳以上、または主治医が代理人と認めた者とする。