

オンライン診療 診療計画書

にへい脳外科
院長 仁瓶博史

オンライン診療を受けるにあたり、以下の事項をよくご確認ください、
オンライン診療の実施に同意を頂ける方は、署名欄にご署名をお願い致します。

オンライン診療の実施にかかる基本的な考え方

- ・ オンライン診療は触診等を行うことができない等の理由により、得られる情報が限られている。そのため患者側の診察への積極的な協力が必要であり、また日頃の対面診察による医師—患者間の信頼関係が必要である。よって初診については原則対面診療を行うこととし、初診以降も対面診療と組み合わせて行うことが求められる。
- ・ オンライン診療を実施する都度医師がその実施の可否を慎重に判断し、オンライン診療による診療が適切でない場合には速やかにオンライン診療を中断し、対面による診療に切り替えることが求められる。
- ・ オンライン診療は患者がその利点および生ずるおそれのある不利益などについて理解した上で、オンライン診療の実施につき医師と患者間で合意がある場合に実施される。

診療内容	疾患名	
	治療内容	問診による体調の把握、治療継続の判断、投薬など。
診療頻度 (オンライン診療・ 対面診療)		原則再診のみ 1-2か月に1回、オンライン診療を行う。ただし、3-4か月に1回以上は直接の対面診療を行う。
診療時間		事前予約制。診療の状況により時間が前後する可能性あり。
診療時使用する機器・ 利用料等		オンライン診療システム：デジスマ診療 使用する機器 患者側：スマートフォン、タブレット端末など 医師側：医療機関のパソコン 利用料：オンライン診療の利用毎に以下の保険外負担金がかかる。 ・ オンライン診療手数料 770円(税込) ・ 処方薬の配送などの実費負担 なお、オンライン診療の間には、当該システムに付随するチャット機能を用いて、以下の情報伝達を行うことがある。 ・ 予約日時の調整 ・ ビデオ診察前後の時間調整
オンライン診療を 中断・実施しない条件		下記条件に該当した場合は対面診療に変更する。 ・ 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 ・ 体調に変化があらわれ、対面診療が必要と医師が判断した場合 ・ 情報通信環境の障害などによりオンライン診療を行うことができない場合
急変時の対応		当院での対面診療を基本とするが、当院で対応できない場合は対応可能な医療機関へ受診頂き、同院へ患者情報の提供を行う。
患者による情報伝達の 協力		患者様は診察に対し積極的に協力し、ご自身の心身に関する情報を医師に伝達して頂く必要がある。
複数の医師がオンライ ン診療を実施する予定		あり。急な勤務変更等の理由で担当医師が変更される可能性あり。 対応する予定の医師：仁瓶博史、林博美

<p style="text-align: center;">セキュリティ</p>	<p><u>想定されるセキュリティリスク</u> 医療機関・オンライン診療システム提供事業者・患者使用端末に対するサイバー攻撃等による患者の個人情報の漏洩・改ざん等</p> <p><u>医療機関及びオンライン診療システム提供事業者</u>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厳守したシステムを構築し、常にその状態を保つこと</p> <p><u>医師に課される事項</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・セキュリティリスクを十分に勘案したうえでオンライン診療システムを選択すること ・患者及び医師がシステムを利用する際の権利・義務・リスク等を明示しかつ情報漏洩等のセキュリティリスク、医師・患者双方のセキュリティ対策の内容、患者への影響等について平易に説明できるオンライン診療システム提供事業者を選択すること <p>なお、患者の行為によりセキュリティ事案や損害等が生じた場合、発生した直接的、間接的、その他すべての損害について、医師は責任を負いません。</p>
<p>オンライン診療の映像や音声などの保存要否</p>	<p>医師・患者ともに行わない。</p>

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います。

また、オンライン診療に伴うセキュリティおよびプライバシーのリスクにつきまして患者様には以下の注意事項を守っていただくようお願い致します。

- ・使用するシステムに伴うリスクを把握する。
例) 生じうるリスク：スマートフォンの紛失やウイルス感染に伴う医療情報の漏洩等
取りうる対策：使用端末のパスワード設定・生体認証設定・ウイルスソフトのインストール等
- ・オンライン診療を行う際は、使用するアプリケーション・OS 等が最新のバージョンへアップデートされていることを確認する。
- ・医師側の了解なく診療の録音・録画・撮影を行わない。
- ・医師のアカウント等の情報を診療に関わりのない第三者に提供しない。
- ・医師とのオンライン診療中は、医師との同意がない限り第三者を参加させない。
- ・原則として、医師側が求めない限り、あるいは指示に反して、チャット機能の利用やファイルの送付などは行わない。特に外部 URL への誘導を含むチャットはセキュリティリスクが高いため行わない。
- ・例外として初診でオンライン診療を行う場合、患者は顔写真付きの身分証明書で本人証明を行う。顔写真付きの身分証明書を有さない場合は、二種類以上の身分証明書をを用いて本人証明を行う。

同意書

私は、上記「オンライン診療 診療計画書」に関する説明を受け、同意の上、オンライン診療を希望致します。

年 月 日 患者氏名 _____

家族・代理人氏名 _____ ()

※患者本人の署名がある場合は家族等の署名は不要です。

<診療の参考にアンケートにご協力ください>

オンライン診療で、希望の診療時間や曜日などはありますか？ありましたら下記にご記載ください。

(例：平日●時以降、土日午前中、など)

ご協力ありがとうございました😊