

こまちクリニック 遠隔診療 申込書

住所：

氏名：

Skype ID または登録に用いた携帯電話番号：

- 1) 通院が困難であるために、私自身が遠隔診療を強く希望していること。
- 2) 遠隔診療のためには、一度は対面診療を行う必要があること。
- 3) 遠隔診療システムは実際の診察と違い、触診や計測ができないこと、また、画像の解像度に限界があること。
- 4) インターネット回線の状態によっては、診察ができない場合があること。
- 5) 最新バージョンの Skype アプリケーションを自己責任において、パソコンまたはスマートフォンにインストールし、自己にて操作する必要があること。
- 6) 所定の診察料以外に通信料がかかる場合があること。
- 7) 指示されたとき以外に Skype を用いて、クリニック、院長宛に通信を試みてはいけないこと。
- 8) インターネット回線から、画像や通話内容が漏洩する可能性があること。
- 9) 未成年は、保護者の承諾無しに利用できないこと。

上記を十分に理解し、納得いたしましたので、私は、「こまちクリニック 遠隔診療」システムによる診察を希望します。

署名：