

オンライン診療における保険外負担に関する同意書

当院では、保険外負担の料金について、その使用料、利用回数に応じた実費のご負担をお願いしています。下記の内容について同意をいただいた上で署名・捺印をお願いいたします。

- 電話やテレビ画像等の送受信に係る費用

一回につき 1000 円(税別)

なおオンライン診療における投薬期間は1ヶ月分までとし、3ヶ月に1回は対面診療にきていただくことも合わせてご同意いただきますようお願いいたします。

私は、必要に応じて使用する上記のものについて、保険外負担をすることに同意します。またオンライン診療における投薬期間、対面診療の必要性について理解し、上記内容について同意します。

ご記入日： 年 月 日

患者氏名 _____ 印

代筆者氏名 _____ 印

(続柄：)

医療法人社団 田村クリニック
院長 田村 大介