

オンライン診療を受診される方へ

日比耳鼻咽喉科
院長 日比達也

下記の内容について承諾して頂けたら下の署名をお願いします。

1. 当院のオンライン診療で受診できる「病気」について

花粉症 ・ アレルギー性鼻炎 ・ 舌下免疫治療

1 週間以内に起こった、軽い鼻水 や 軽いのどの痛み や 軽い咳

※オンライン診療時に、上記に関連する症状以外の診療は一切対応できません

2. 当院でオンライン診療を受ける「条件」について

- ① クレジットカードをお持ちの方
- ② 上記 1 の症状に当てはまる方
- ③ 診療時に保険証の提示が可能な方 ※受給者証をお持ちの方はこれも、クロンで登録してください。
- ④ スマートフォン又はタブレットをお持ちの方

3. 当院の「オンライン診療規定」について

- ① 保険証の変更がある場合は、登録している保険証を新しい保険証へ更新してください。
- ② 診療時の保険証提示の際に、登録の保険証と異なる場合はその時点で診療をお断りさせていただきます。

4. 当院でオンライン診療を受ける「注意点」について

- ① クロンのアプリで 予約 と 問診 をしてください。
- ② 1 か月で 2 回までオンライン診療での受診は可能です。
- ③ 予約した時間帯にオンラインで連絡がつかない方はそれ以降のオンライン診療をお断りします。
- ④ オンライン診療には限界があります。受けた処方で症状が改善しない場合、早めに直接受診してください。
- ⑤ ご家族でオンライン診療をご希望の場合は一人分の予約枠が良いです。問診票にコメントで受診される方のお名前を明記して保険証や医療証も全員分を一枚の写真で撮って登録してください。（診察料・保険外負担はそれぞれかかります。）

同意欄

当院では、保険外負担の料金については、利用回数に応じた自費での支払いが必要です。

内容について同意をいただいた上で下の署名をお願いいたします。

オンライン診療に際しての予約や受診等に係るシステム利用に要する費用、及び電話やテレビ画像等の送受信に係る費用として
一回につき 990 円※診察代とは別に頂きます。

私は、必要に応じて使用する上記費用について保険外負担をすることに同意し、1～4 の項目について承諾します。

令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

患者氏名 _____

保護者氏名 _____

(患者が 17 才以下の場合ご記入ください)

薬の受け取り
方法 確認 欄

- サエラ薬局 砂田橋店 に 来店して受け取り
- サエラ薬局 から 着払いで 自宅に郵送
- 処方箋 を 自宅に郵送