

## 保険外負担に関する同意書

### <オンライン診察をご希望される患者様>

- ・オンライン診察をご希望される場合、事前に以下の内容へのご同意及びご署名ご捺印が必要となります。
- ・オンライン診察を受けていただくため専用のアプリ（CLINICS）をダウンロード、アカウント登録をして頂く必要があります。
- ・決済用にクレジットカードの登録が必要となります。

### <会計について>

- ・保険診療料の他に保険外負担（処方箋郵送料、通信料等）1,000円を頂戴しております。
- ・患者様負担費用はクレジットカード決済となります。

### <診療の流れ>

- ・オンライン診療の予約は専用アプリからお願い致します。
- ・初回のオンライン診療時には当院からお渡しした再診コードが必要となります。
- ・予約時間になりましたら当院よりご連絡させていただきます。
- ・処方箋は原則ご希望の調剤薬局へ処方箋をFAX（且つ当日中に郵送）させていただきます。尚、オンライン診療の結果、処方箋を必ず発行できるとは限りません。
- ・医師が対面での診察が必要と判断した場合は、当日ご来院をお願いする場合がありますので予めご了承願います。

私は、上記内容について承諾し、オンライン診療時に保険診療費に加え、保険外負担（処方箋郵送料、通信料等）1,000円の費用を負担することに同意します。

ご記入日： 年 月 日

患者氏名 \_\_\_\_\_ 印

代筆者氏名 \_\_\_\_\_ 印

(続柄： )

同意書提出先

福岡県筑紫野市石崎一丁目三番一号  
医療法人 小西第一病院  
理事長・院長 小西 正洋