

診察・保険外負担に関する同意書

下記の内容について同意をいただいた上で署名をお願いいたします。

■保険診療の方

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。

電話やテレビ画像等の送受信に係る費用：一回につき 660円（税込）

■自由診療の方

診療費以外の費用：予約料 660円（税込）

- 診察内容により、改めて来院していただく場合もございます。
- 担当医が変更になる場合がございます。
- 保険診療の方は、初回オンライン診療時に、保険証および同意書をアップロードして下さい。
(同意書をなくされた方は、当院ホームページからダウンロードして下さい。)

同意書のアップロード方法

1. 予約管理画面から、同意書を提出したい診察を選択します。
2. 画面右上にある「資料」をタップします。
3. 画面下部の「提出資料を追加する」をタップします。種別は「その他」を選択します。「+画像を登録する」をタップし、同意書を撮影もしくは端末内に保存してある同意書の画像を選択します。
4. 選択した同意書が画面に表示されていることを確認し、「提出する」をタップすると提出完了です。

私は上記項目について、同意します。

令和 年 月 日

ID番号 _____

患者氏名 _____

代筆者氏名 _____

(続柄：)

医療法人 恵愛会 恵愛こどもクリニック