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。

〇システム使用料や通信費として係る費用

一回につき　８８０円　税込み

※オンライン診療では得られる情報が限られるため、診断の正確性がさがる可能性があります。

※ご登録内容の間違いによる処方箋の不着については保証できません。

処方箋は有効期間4日を過ぎますと再発行はできません。

私は、上記につき理解し、必要に応じて保険外負担を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：　 ）

＜わかばやし皮ふ科クリニック＞