オンライン診療における
診療料以外の費用に関する同意書

当院では、オンライン診療の際に保険外負担の料金について、その使用料、利用回数に応じた自費のご負担をお願いしています。
下記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。

●オンライン診療における予約や受診等に係るシステム利用に要する費用

●テレビ電話に係る通信費、処方箋郵送料等に要する費用

１回につき800円

私は、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。

ご記入日:　　年　　月　　日

患者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代筆者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿続柄＿＿

新宿ホームクリニック