

## オンライン診療 診療計画書

主治医: \_\_\_\_\_

### ○診療計画

オンライン診療で実施する診療内容	疾 病 名 : 治療内容 :
オンライン診療と直接の対面診療、検査の組み合わせに関する事項	定期的な対面診療の内(概ね2～3回の内)1回をオンライン診療で実施する。
オンライン診療の方法	使用する機器 患者側:車載のパソコン、タブレット端末等の情報通信機器 医師側:医療機関のパソコン、タブレット端末等の情報通信機器
患者による情報伝達の協力	オンライン診療の実施に際し、患者は診察に対し積極的に協力し、自身の心身に関する情報を医師に伝達する必要がある。
急病急変時の対応方針	当院で対応できない場合には、以下の病院等に紹介する。 周東総合病院、岩国医療センター、徳山中央病院他
診療時間に関する事項	対面診療時、もしくはオンライン診療時に次回診療日時を決定する。
複数の医師がオンライン診療を実施する予定	<input type="checkbox"/> 有り・・・対応する医師の氏名: _____ <input type="checkbox"/> 無し

### ○診療条件と留意事項

情報漏洩等のリスクを踏まえて、セキュリティリスクに関する責任の範囲の明示	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 想定されるセキュリティリスク 医療機関・オンライン診療システム提供事業者に対するサイバー攻撃等による患者の個人情報の漏洩・改ざん等</li> <li>● 医療機関及びオンライン診療システム提供事業者に課される事項 オンライン診療の適切な実施に関する指針に定める情報セキュリティに関するルールを厳守したシステムを構築し、常にその状態を保つこと</li> <li>● 医師に課される事項 患者及び医師がシステムを利用する際の権利、義務、リスク等を明示し、かつ情報漏洩等のセキュリティリスク、医師・患者双方のセキュリティ対策の内容、患者への影響等について、平易に説明できる事業者を選択すること</li> </ul> <p>なお、患者の行為により、セキュリティ事案や損害等が生じた場合、発生した直接的、間接的、その他すべての損害について、医師は責任を負わない</p>
オンライン診療の映像や音声等の保存の要否	<input type="checkbox"/> 必要・・・保存理由: _____ <input type="checkbox"/> 不要
オンライン診療を行わない	● 患者の心身の状態について、十分に必要な情報が得られていないと医師が判

いと判断する条件	<p>断した場合</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 体調に変化が現れ、対面診療の必要性が認められた場合</li> <li>● 情報通信環境の障害等によりオンライン診療を行うことができない場合</li> </ul> <p>上記条件に該当した場合は、直接の対面診療に切り替える。</p>
----------	---

また、オンライン診療に伴うセキュリティおよびプライバシーのリスクに関連して、患者様には以下の注意事項を守っていただくようお願いいたします。

- 患者は使用するシステムに伴うリスクを把握する  
例) 生じうるリスク: パソコンの紛失や、ウイルス感染に伴う医療情報の漏洩等  
取りうる対策 : パスワード設定、ウイルスソフトのインストール等
- 医療機関はオンライン診療を行う際、使用するアプリケーション、OS が適宜アップデートされることを確認する
- 患者は医療機関側の了解なくビデオ通話を録音、録画、撮影してはならない

#### ○個人情報取扱について

##### 1. 運用目的

医療 MaaS 推進事業を運用するにあたり、医師、看護師間で共有される個人情報、及びバイタル等の生体情報のみならず、周防大島町、運行事業者等には車両を円滑に運行することを目的として個人情報の取り扱いを行います。

また、介護予防や在宅医療の促進のため必要とする多職種の間で個人情報を連携します。

##### 2. 情報を共有する機関

大島郡医師会、周防大島町、関連する訪問看護・介護施設、運行事業者(福祉タクシーゆだ)、MONET Technologies が共有する可能性のある対象機関となります。

##### 3. 個人情報の管理

厚生労働省が定める「医療機関情報システムの安全に関するガイドライン」に基づく運用で、ネットワーク上の個人情報を保護しています。また、情報共有の停止を希望される場合は、担当医師までご連絡ください。

## 同意書

私は、上記の「オンライン診療の実施にかかる診療計画書」に関する説明を受け、内容を理解し、納得しましたので、診療計画と注意事項に従い、オンライン診療を受診することに同意いたします。

同意日: 西暦                      年                      月                      日

本人署名 \_\_\_\_\_

代諾者署名 \_\_\_\_\_ (続柄)