

オンラインセカンドオピニオン実施計画同意書

下記の項目をよくご確認ください「確認欄」に○を記入の上、オンラインセカンドオピニオンの実施に同意される場合は、本紙裏面の署名欄にご署名下さい。

1. 実施計画書

項 目		確認欄
内容	オンラインセカンドオピニオン	
予約について	完全予約制	
相談者の要件について	<ul style="list-style-type: none"> ・ホームページに記載のある「お受けできない場合」に該当しないこと。 ・オンラインセカンドオピニオンに必要な環境を用意できること。 (別紙「オンラインセカンドオピニオン事前確認表」)を参照)	
料金について	自由診療として定められた金額を支払うこと。 30分まで 22,000 円(税込)または30分超 1 時間まで 44,000 円(税込)	
お支払い	クレジット決済(一括払い)のみ	
継続診療について	オンラインセカンドオピニオンでは原則として単回の相談である。以降の診療方針等については、紹介元医療機関へ相談すること。	
オンラインセカンドオピニオンの方法 ※使用する機器等	利用するオンラインセカンドオピニオンシステム: YaDoc Quick(インテグリティ・ヘルスケア社) ※ビデオ通話システム「ZOOM」を利用 ご相談者側 : パソコン、タブレット、スマートフォン等 医師側 : 医療機関のパソコン、タブレット等	
オンラインセカンドオピニオンを行わないと判断する条件	<ul style="list-style-type: none"> ・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判断した場合。 ・情報通信機器の障害等によりオンラインセカンドオピニオンを実施できない場合。 ※上記条件に該当した場合は、対面でのセカンドオピニオンを提案します。	
情報伝達への協力	オンラインセカンドオピニオンの実施に際して、相談者は積極的に協力し、患者の心身に関する情報を医師に伝達する必要がある。	
情報漏洩等のセキュリティ・リスクについて	<u>想定されるセキュリティ・リスク</u> 医療機関およびオンラインセカンドオピニオンシステム提供事業者に対するサイバー攻撃等による相談者の個人情報の漏洩・改ざん等。 なお、相談者の行為によって、セキュリティ・を脅かす事案や障害等が生じた場合、直接的、間接的、その他全ての障害について、医療機関および医師は責任を負わない。	

	項 目	確認欄
その他の注意事項	<ul style="list-style-type: none"> ・使用するシステムに伴うリスクを把握すること。 例)生じ得るリスク:スマートフォンの紛失やウイルス感染に伴う医療情報の漏洩等 取り得る対策:パスワードの設定、生体認証設定、ウイルス対策ソフトのインストール等 ・使用するアプリケーション、OS は適宜アップデートし最新の情報にしておくこと。 ・オンラインセカンドオピニオンは医師側からの通信により開始すること。 ・オンラインセカンドオピニオンの映像や音声の保存は、プライバシー保護の観点から原則行わないこと。但し相談者からの申し出があり、医師側がこれを許可した場合はこの限りではない。 ・医師との通信に、医師の同意がない限り第三者を参加させないこと。 ・オンラインセカンドオピニオンにおいて、チャット機能やファイル送信は行わないこと。特に、外部 URL への誘導を含むチャットはセキュリティ・リスクが高いため行わないこと。 ・相談者は顔写真付きの身分証明書で本人証明を行うこと。 ・うまく情報が伝わらない等により医師がオンラインセカンドオピニオンの中止を決めたときは、提供される医療の安全を確保する観点から医師の判断に従うこと。 ・主治医からの診療情報提供書、検査・画像データ等を事前に郵送すること。 ・CT、MRI 等の画像は画面共有しない。医師が事前に提供いただいた画像を確認し、説明する。 ・相談内容は書面で主治医に報告されること。 ・相談内容を医療訴訟などに利用しないこと。 ・過去の治療の妥当性に関する相談や、死亡した患者さんを対象とする相談ではないこと。 ・主治医に対する不満や、医療訴訟、医療給付等に対する相談ではないこと。 	

私は上記「実施計画書」の内容をよく理解し、了解しましたので、実施計画と注意事項に従い、オンラインセカンドオピニオンを受けることに同意します。

2. 相談者が患者さん本人でない場合の同意

私がオンラインセカンドオピニオンを直接受診できない場合は、本同意書を提出した下記代理相談者に対して、貴病院担当者医が私の疾患について意見や判断を述べることに同意します。

同意日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分

患者本人署名 _____

※注意 この同意書は患者さん本人が記入して下さい。代筆の場合は理由をご記入下さい。

【相談者が患者さん本人ではない場合】

代理相談者 _____ (続柄) _____

※代理の理由 _____