

オンライン診療申込書

オンライン診療同意書

診療内容: オンライン診療

・画像診断管理者: 堀 篤史 (IGT クリニック院長)

- 当院では患者ご本人の個人情報(診療情報を含む)がきわめて重要な情報であることを深く認識し、情報の取扱いに当たって、当院で定めた事項や医療関係諸法規を遵守し、安全・安心の医療を提供いたします。
- 当院では提携医療機関や関連施設(病院・診療所・薬局・介護福祉事業者など)との間で、必要性に応じて、患者ご本人の診療情報を共有することがあります。
- オンライン診療では、本疾患に対する治療の必要性、有効性、副作用、危険性について十分な検討を行い、回答いたします。
- さらに詳しい情報を得たい場合には、患者ご本人および代理人はいつでも情報を得ることができます。ただし、情報内容によっては患者ご本人の外来受診が必要となる場合があります。
- 患者ご本人および代理人は、オンライン診療を申し込み、同意したあとでもいかなる時でも中止・撤回を行うことができます。ただし、診療完了後はこの限りではありません。
- 診療費以外に、オンライン診療アプリ利用料金として、診察1回につき330円(税込)がかかります。

上記事項について理解し、オンライン診療を申し込みます。

相談者様

ふりがな

ご本人との続柄 (☑をお入れください)

お名前

本人 家族()

〒

住所

電話番号

e-mail

自筆でサインをお願いいたします。

記入者サイン

問診票

ご本人のお名前	<input type="text"/>		
ふりがな	<input type="text"/>		
年齢	<input type="text"/> 歳	生年月日	<input type="text"/>
体重	<input type="text"/> kg	身長	<input type="text"/> cm

診断名	<input type="text"/>
かかりつけ医療機関	複数ある場合はがん診療に関係する施設のみで結構です。 <input type="text"/>
これまでの治療経過 ・検査結果など	治療期間や治療内容などを記入してください。 治療効果や副作用についてもできるだけ記入してください。 <input type="text"/>
現状の病状や予後について、 主治医より説明されている 内容	<input type="text"/>

これまでのがん治療について

<p>化学療法・分子標的薬 該当するものに☑を付けてください。</p>	<p><input type="checkbox"/>治療開始予定 <input type="checkbox"/>治療中 <input type="checkbox"/>治療中止 <input type="checkbox"/>なし</p> <p>[薬剤] <input type="text"/></p> <p>[投与間隔] <input type="text"/></p> <p>[予定投与日] <input type="text"/> [最終投与日] <input type="text"/></p>
<p>放射線治療 該当するものに☑を付けてください。</p>	<p><input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし [ありの場合詳細 をご記載ください] <input type="text"/></p>
<p>手術 該当するものに☑を付けてください。</p>	<p><input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし [ありの場合詳細 をご記載ください] <input type="text"/></p>
<p>血管内治療・動脈塞栓術 該当するものに☑を付けてください。</p>	<p><input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし [ありの場合詳細 をご記載ください] <input type="text"/></p>
<p>その他の治療 該当するものに☑を付けてください。</p>	<p><input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし [ありの場合詳細 をご記載ください] <input type="text"/></p>
<p>身体症状・ 現在困っていること</p>	<p>疼痛症状や呼吸器症状等についてはなるべく詳しく記載してください。 <input type="text"/></p>
<p>現在使用している内服薬</p>	<p><input type="text"/></p>

禁忌薬・アレルギー歴

<p>CTやMRI造影剤に 対するアレルギー 該当するものに☑を付けてください。</p>	<p><input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし [ありの場合薬品名をご記載ください] <input type="text"/></p>
<p>抗がん剤に 対するアレルギー 該当するものに☑を付けてください。</p>	<p><input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし [ありの場合薬品名をご記載ください] <input type="text"/></p>
<p>その他(薬品名)</p>	<p><input type="text"/></p>

現在の全身状態について

<p>活動性について</p> <p>該当するものに☑を付けてください 特記すべきことがあればご記載ください</p>	<p><input type="checkbox"/>日常生活には問題がない <input type="checkbox"/>通常の仕事が困難 <input type="checkbox"/>趣味や家事が難しい</p> <p><input type="checkbox"/>就労不能 <input type="checkbox"/>簡単な家事もできない <input type="checkbox"/>ほとんどの行動が制限される <input type="checkbox"/>活動不能</p> <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>
<p>介助の必要性について</p> <p>該当するものに☑を付けてください 特記すべきことがあればご記載ください</p>	<p><input type="checkbox"/>完全に自立している <input type="checkbox"/>ときに介助が必要である <input type="checkbox"/>しばしば介助が必要である</p> <p><input type="checkbox"/>ほとんどのことに介助が必要である <input type="checkbox"/>全介助が必要である</p> <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>
<p>食事摂取状況について</p> <p>該当するものに☑を付けてください 特記すべきことがあればご記載ください</p>	<p><input type="checkbox"/>問題なく食べることができる <input type="checkbox"/>食事量が減っている</p> <p><input type="checkbox"/>ほとんど食べられない <input type="checkbox"/>食事摂取不能</p> <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>
<p>意識状態について</p> <p>該当するものに☑を付けてください 特記すべきことがあればご記載ください</p>	<p><input type="checkbox"/>意識清明 <input type="checkbox"/>混乱することがある <input type="checkbox"/>眠っていることがほとんど <input type="checkbox"/>意識不明</p> <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>
<p>全身のむくみについて</p> <p>該当するものに☑を付けてください 特記すべきことがあればご記載ください</p>	<p><input type="checkbox"/>体にむくみがない <input type="checkbox"/>局所的な浮腫がある <input type="checkbox"/>全身に浮腫がある</p> <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>
<p>呼吸状態について</p> <p>該当するものに☑を付けてください 特記すべきことがあればご記載ください</p>	<p><input type="checkbox"/>呼吸困難がない <input type="checkbox"/>動くと呼吸困難がある <input type="checkbox"/>安静時でも呼吸困難がある</p> <p><input type="checkbox"/>酸素吸入がなければ生活できない</p> <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>
<p>咳・痰症状について</p> <p>該当するものに☑を付けてください 特記すべきことがあればご記載ください</p>	<p><input type="checkbox"/>咳、痰症状がない <input type="checkbox"/>ときどき咳がある痰が多い</p> <p><input type="checkbox"/>咳や痰が多くつらい血痰がある <input type="checkbox"/>喀血(かけつ)を繰り返す</p> <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>

<p>疼痛症状について 該当するものに☑を付けてください 特記すべきことがあればご記載ください</p>	<p><input type="checkbox"/> 痛みがない <input type="checkbox"/> 痛みがあるが我慢できる、鎮痛剤で十分に効果がる</p> <p><input type="checkbox"/> 我慢できない痛みがある、鎮痛剤で十分に効かない</p> <div data-bbox="507 271 1391 365" style="border: 1px solid black; height: 42px;"></div>
<p>その他何か気になることが あればご記載ください</p>	<div data-bbox="507 423 1391 663" style="border: 1px solid black; height: 107px;"></div>

オンライン診療申込書および問診票、患者さま資料 送付先

〒598-0047

大阪府泉佐野市りんくう往来南 3 番 41

メディカルりんくうポート 3 階

医療法人 龍志会 IGT クリニック

オンライン診療係