

電話再診・オンライン診療のご案内

治療中は治療の経過、状況や体調の変化、改善点などを捉えることがとても重要ですので、当院では体調の変動やサプリメントの変更が多い栄養治療開始から半年および除菌治療開始から半年までの方には、1ヶ月に1度の診察と栄養指導をお勧めしております。やむを得ない事情によりご来院が困難な場合は、遠隔診療にて院長の診察、管理栄養士の栄養指導をお受けいただくことが可能です。

《申し込みの手順・料金》

いずれかの方法でお申し込みをお願いします。

FAX・メール	郵送	WEB問診
<送付物> ・ 本用紙(この裏面) ・ 治療経過確認表	<送付物> ・ 本用紙 ・ 治療経過確認表	1. メールで 申込み内容 と 希望日時 を送る(初めての方は同意書も添付) 2. HPより WEB問診 に回答する (栄養療法問診 / 発達障害問診)

* 3か月以上当院で血液検査をされていない方は、最近の他院での血液検査結果等ありましたら併せてお送りください。

(判断料が別途かかります)



お申込みいただいた後、確定した予約日時をご連絡いたします。

	電話再診	オンライン診療
料金	① 診察のみ ¥5,500 (院長・10分以内) ② 診察 + 栄養指導 ¥11,000 (院長 10分+管理栄養士 40分以内) ※ 電話代は別途かかります	① 診察のみ ¥5,830 (院長・10分以内) ② 診察 + 栄養指導 ¥11,330 (院長 10分+管理栄養士 40分以内) ※ 通信料は別途かかります
通信機器	電話	スマートフォンやPC等によるテレビ通話
支払方法	事前振込 1. ゆうちょ銀行 振込口座 00120-5-576053 口座名 マリヤクリニック 2. PayPay 銀行 すずめ支店 振込口座 普)4491168 口座名 イ)マリヤクリニック	事後決済 クレジットカード (JCB / AMEX / VISA / MASTER / DINERS)
事前準備	予約前日までに料金のお振込みをお願いします。	予約前日までに curon のアプリをダウンロードし、必要事項の登録をしてください。(別紙参照)
当日の流れ	診察の順番になりましたら、当院よりお電話しますので、折り返しのお電話を患者さんからおかけください。	診察の順番になりましたら、当院より curon アプリ上でテレビ通話のコールをします。

※ 価格はすべて消費税(10%)込

医療法人社団 マリヤ・クリニック 〒263-0043 千葉県千葉市稲毛区小仲台 6-19-19 Myビル

Tel:(043)287-2624 Fax:(043)287-2610 E-mail:info@mariyaclinic.com

WEB: <https://mariyaclinic.com/>

《 電話再診・オンライン診療に関する留意点および同意書 》

以下の注意事項をよくお読みになり、分からないことがあればお気軽にご質問ください。

1. 初診は直接の対面による診療を行い、必要に応じて電話再診・オンライン診療をご案内します。
2. 電話再診・オンライン診療では直接の対面による診療に比べて患者の心身の状態に関して得られる情報が限定されるため、オンライン診療による診療行為には限界があります。
3. 電話再診・オンライン診療は、患者がその利点及び生ずるおそれのある不利益等について理解した上で、患者がその実施を求める場合に実施されます。
4. 電話再診・オンライン診療では、触診や検査などができないため、患者さんからの情報提供が大きな判断材料となります。事前に問診表の提出をお願いしておりますが、なるべく詳細に記載し、医師や医療スタッフからの質問には偽りなく詳細にお答えください。
5. 提供される情報について、ご不明な点や不安なことがありましたらご相談ください。
6. 体調の変化やお困りのことがございましたらどんな小さなことでも必ずご相談をお願いいたします。
7. 電話再診・オンライン診療は、原則として同一の医師による直接の対面による診療と組み合わせて行います。
8. 必要に応じて、対面による診療や近医の受診をご案内します。
9. ご家族やご友人を含め、第三者に患者に関する個人情報・医療情報が伝わることのないよう、患者のプライバシーに十分配慮された環境で電話再診・オンライン診療を行います。
10. 電話再診・オンライン診療では、対面による診療と同様に診療録の記載が必要となり、医療情報の保管に関するガイドライン等に準じて診断等の基礎となる情報（診察時の動画や画像等）を保管します。
11. 電話再診・オンライン診療において、映像や画像、音声等を端末その他に保存することはお控えください。

承諾いただけましたら、サインをお願いします。

サイン(本人または保護者): _____

電話再診・オンライン ご希望の方に○をつけてください。

診療希望日時をご記入ください。

第1希望 : 月 日 () (9時台・10時台・11時台・14時台・15時台)

第2希望 : 月 日 () (9時台・10時台・11時台・14時台・15時台)

※ご予約時間は、ご来院の患者さんの状況により前後する場合があります。

患者氏名: _____

電話番号: _____

(電話再診ご希望の方は当日使用する電話番号をお書きください。)

<事務処理欄>

予約表	請求処理	入金	入金処理
-----	------	----	------