

オンライン面会申込書・同意書

新潟臨港病院 院長 殿

オンライン面会を希望し、申し込みを致します。
下記の内容について同意し承諾致します。

1. 個人情報の利用目的は、オンライン面会の為のみです。又、第三者に提供することはありません。
2. 今回取得させていただく個人情報は、「面会者氏名」「電話番号」「患者氏名」「メールアドレス」とさせていただきます。記載以外の個人情報は取得いたしません。
3. オンライン面会はWebアプリを経由するため、会話内容等の個人情報が漏洩するリスクを少なからず抱えています。予めご理解いただきますようお願いいたします。
4. ご面会者様が所有する端末を使用する場合、オンライン面会にかかる通信料は各使用者様の負担となります。
5. オンライン面会で医師による病状説明は出来ません。

オンライン面会希望のご面会者様について	ご面会者氏名 (代表者)	(よみがな)	患者様とのご関係： _____	
	電話番号	※必ず連絡が取れる電話番号をご記入ください。		連絡が取れる時間帯
患者様について	患者様氏名	(よみがな)	入院病棟	階
オンライン面会希望日時 (※第2、第4水曜日)	第1希望	令和 年 月 日 (水) [時間枠]	[時間枠]には次の ①または②を選んで番号を記載してください。 ①14:00~14:15 ②15:00~15:15 ※1回の面会は15分までとさせていただきます。	
	第2希望	令和 年 月 日 (水) [時間枠]		
	第3希望	令和 年 月 日 (水) [時間枠]		
オンライン面会方法 (☐を入れてください。)	<input type="checkbox"/> 病院来院 (病院が準備する端末) <input type="checkbox"/> 病院外 (ご面会者様が所有する端末 <input type="checkbox"/> スマートフォン <input type="checkbox"/> タブレット <input type="checkbox"/> パソコン) <u>メールアドレス</u> ※オンライン面会用の資料 @ _____ 等をお送り致します。			

※1日の予約枠に限りがございますので、ご希望に沿えない場合があります。予めご了承ください。

※より多くの皆様にご利用頂くため、月に1回のご利用とさせていただきます。

※状況(急な容態変化など)によっては当日面会を行えない場合もあります。

※面会日時が確定または変更がありましたら担当者よりご連絡いたします。

病院側使用欄	受付	希望日時連絡	メール返信	NO
	/	/	/	