		予約日時:		月	日 ()	時	分頃
●事務								
氏名() ID	()	携帯電	活()
○定期でかかられてい	いることを確認する。)						
○オンライン診療を希	望される理由を尋ざ	ねる。(理由:)
○体調に変わりがない	っことを確認する。((変化なし・変化	化あ	り)				
※ここで、電話を保留]にして、オンライ:	ン診療の可否、	予約	月日時を際	完長に確認	はする。		
○これからお話ししま								
①診断や処方が困難	雄な場合は、対面では	の診察を勧めさ	せて	頂きます	ナ。(了承 [・]	する・了	承しない)	
②次回は対面診療を	:受けて下さい。(了	承する・了承	しなり	(1)			,	
③前回と同じ処方内					:)
④保険の効く診察料		- ,, ,					よろしいて	´ ごすか。
O 11.15 C 777 C 15 74 C		V. S. VORINT					了承しない	
○処方箋ははまむら薬	窓局さんに FAX し、	後で届けてお	きま、	すね。(「				
※薬の受取方法、腸					, , , , , , ,			
○お支払い方法はどう								
①銀行振込(手数料		診察後に振込先	を伝	きえる。1	週間以内	に振り辺	んで頂く	2
②後日支払いに来院				.,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,	,C ,4,2,1,4	12() (C	2.0 0.300	O
③次回受診時にまと			受診	して頂く	_			
○予約日時を提案し、			Λ Ι <i>ν</i>	0 (1)((0			
○ 1 初回のオンライン			日以	降のオン	/ライン診	痦		
○患者さんのスマート							ますので	方だち
追加してくださいと依		1100 7 17	,•	())	. , ,, ,	<i>)</i>	\$ 7 % C	· 及にり
○友だち追加して頂い	-	除証の写直を I	INE	で送って	て下さいし	というメ	ッセージ	た I INF
で送ることを伝える。	で図いのボガロ体	火皿の子兵で1	71111		C G (1)			E LINE
○診察券と保険証を確	ぼ辺した谷 手 護師・	が雷託しますの	って	対応を信	自しく お廊	fi いし まっ	トレ伝きる	
○応気分と休険証で明								

●医師

(初回のオンライン診療のみ、以下を行う)

電話アプリ、LINE アプリ、PC 版 LINE で友だち追加を行う。

患者さんが友だち追加されたら、患者さんが登録している名前(例:太郎、た、タ、TARO、T)で表示されるので、忘れないうちに修正(例:ハマムラタロウ 1234)する。

【PC版 LINE】

友だち追加して頂きありがとうございました。①診察券(表)、②保険証(表)を写真撮影して、この LINE で送って下さい。また、小児や高齢者の方で、③受給資格証(小児)や受給者証(高齢者)をお持ちの方は、それも送って下さい。宜しくお願いします。

【PC版 LINE】

診察券と保険証の画像を送って頂き、ありがとうございました。予約時間より前に、看護師より、体調の確認と通信状況の確認のために、LINE のビデオ通話で連絡します。その後、予約時間になりましたら、医師より LINE のビデオ通話をかけさせて頂きます。院内の混雑状況によりましては、予約時間通りにいかないこともありますが、ご了承下さい。

●看護師

LINE のビデオ通話で連絡し、以下を確認。

- ①体調に変わりがないことを確認する。(変化なし・変化あり→
- ②前回と同じ処方内容でよいか確認する。(同じでよい・変更希望→

予約時間になったら、医師より LINE のビデオ通話をかけることを伝える。

院内の混雑状況によっては、予約時間通りにいかないことを伝える。

●医師

①LINE のビデオ通話、②LINE の音声通話、③LINE の電話のいずれかでオンライン診療を行う。 ビデオ通話の場合は、医師は身分証明書を提示し、患者さんは保険証、受給資格証を提示する。 カルテ記載し、処方箋(備考欄にコード 1173 で「0410 対応」と記載)を発行する。

●事務

- ○処方箋を薬局に FAX し、原本は薬局に届ける。
- ○計算し、医療費請求・領収書(領収印は押さない)、診療明細書を発行する。
- ○医療費請求・領収書(領収印は押さない)、診療明細書をスマホで撮影し、患者さんに LINE で送る。
- ○未収処理を行う。
- ○後日、入金(支払)された時点で入金処理を行う。
- ○(銀行振込、後日支払いに来院の場合)1週間しても入金がなければ、患者さんに電話する。

●医師

【PC版 LINE】

お支払金額は、自己負担金@@円、通話料・通信費 550 円で、合計@@円です。

銀行振込の方は、「鳥取銀行 浜村支店 0036149 米田一彦」に振り込んで下さい。

銀行振込の際、お名前の後ろに患者さんの ID を入力して下さい(例:ハマムラタロウ 1234)。

振込手数料は患者さん負担でお願いします。

入金確認後、領収印を押した領収書を、ご自宅に郵送します。

銀行振込の方は、1週間以内に振り込んで下さい。

後日支払いに来院される方は、1週間以内にお越し下さい。

次回受診時にまとめて支払いされる方は、1か月以内を目安に受診して下さい。

それでは、おだいじになさって下さい。