

オンライン(遠隔)面会に関する申込書 兼 同意書

恵庭第一病院長 殿

オンライン面会を希望し、申し込みいたします。

下記の内容について同意し承諾いたします。

【オンライン面会の方法の選択】

病院が準備したお部屋で当院準備のタブレットと病棟タブレットでの面会

ご家族様が所有するスマートフォンなどでご自宅から病棟のタブレットを使用し面会

【個人情報の取り扱いに関する事項】

1. 個人情報の利用目的は、オンライン通話設定のためのみです。
2. 今回取得させていただく「個人情報」は、第三者に提供する事はございません。
3. 問い合わせ個人情報の種類
今回取得させていただく個人情報は、「患者氏名」「面会者氏名」「メールアドレス」「電話番号」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。
4. 問い合わせ個人情報の内容について、今回取得させていただく情報の提供は任意となりますが、提供いただけない場合は、オンライン面会が利用できない可能性がございます。

申し込み日 年 月 日

患者氏名 (病棟)

面会者氏名 (続柄)

電話番号

メールアドレス

- ※ 通信に関わる費用は自己負担となります。
- ※ 動画のためデータ通信量が多くなりますので、有線 LAN あるいは無線 LAN (Wi-Fi) のご利用をお勧めします。