（表）

**病院内でのオンラインによる面会利用申込書**

令和　　年　　月　　日

岩手県立南光病院長　様

岩手県立南光病院内オンラインによる面会利用規約に同意し、以下の通りオンライン面会の利用を申し込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| ①　オンライン面会予約日時 | 令和　　　年　　　月　　　日　　　時　　　分から  ※予約済みの日時をご記入ください。 |
| ②　面会患者氏名 |  |
| ③　面会患者生年月日 | （和暦）  年　　　　月　　　　日 |
| ④　面会患者部屋番号 | 病棟　　　　　　号室 |
| ⑤　申込者氏名 |  |
| ⑥　申込者住所 | （〒　　　　－　　　　　） |
| ⑦　申込者連絡先電話番号 |  |
| ⑧　患者との続柄 |  |
| ⑨　備考 |  |

※　裏面の利用規約をご確認いただき、本申込書をご記入のうえ、面会当日医事経営課職員に

　ご提出願います。申込書を提出した時点で、利用規約等に同意いただいたものとして取り扱

　わされます。

（裏）

**岩手県立南光病院内オンラインによる面会利用規約**

１　ご利用条件等について

（１）病院内でのオンラインによる面会は、患者さんお一人につき、原則週１回・１５

分とさせていただきます。

（２）面会可能な曜日および時間帯は、月～金の平日（祝日を除く）の、１４時から

１６時までとさせていただきます。

（３）面会は完全予約制となりますので、事前に申込みをお願いします。

なお、申込みはご家族等に限ります。

（４）面会に必要な端末は、病院所有のものを貸し出し職員が操作いたします。

（５）面会準備から終了までの間に病院所有の端末を患者さんが故意または重大な過失

により破損させた場合は、病気に起因する場合であっても申込者に修理代等を請求

させていただく場合があります。（修理代上限２０万円）

※病院職員による管理の義務は免除させていただきます。

（６）患者さんの病状により面会できないことがあります。また、面会内容を録画させ

ていただく場合があります。

なお、録画した内容は確認後速やかに削除いたします。

（７）「２　個人情報の取り扱いに関する同意」をご覧ください。このサービスをご利用

される時点で、同意いただけるものとして取り扱いさせていただきます。

２　個人情報の取り扱いに関する同意

（１）病院内でのオンラインによる面会サービス利用にあたり、申込書の「②面会患者

氏名」「③面会患者生年月日」「⑤申込者氏名」「⑥申込者住所」「⑦申込者連絡先電

話番号」「⑧患者との続柄」を個人情報として提供いただきます。

（２）今回取得する個人情報の利用目的は、病院内でのオンラインによる面会のみに使

用し、第三者に提供することはありません。

（３）これらの「個人情報」の提供は任意ですが、提供いただけない場合病院内でのオ

ンラインによる面会はご利用できません。

令和４年２月２日

岩手県立南光病院長