



【栄養療法オンライン診療に関する同意書】

※以下、ご確認いただき、ご同意の上、各項目に☑をお願いいたします。

1. 診療内容

- ☐ 診療科目：オーソモレキュラー栄養療法（自由診療）
- ☐ 担当医師：福井 美典 医師
- ☐ 診療方法：画面共有によるオンライン診療（通信環境の良好な場所、端末を使用し受診）

2. 診療対象

- ☐ 初診および再診の患者様
- ☐ 美容皮膚科、糖尿病、一般内科診療は対象外

3. 診療前の準備

- ☐ 初診時には、85 項目以上の栄養解析を含む採血を推奨しております。
採血は、診察日の 3 週間前までにお済ませください。
- ☐ 採血は、以下のいずれかの方法でご対応いただけます：
 - ①当院 ②当院提携医院（大阪・東京に各 1 箇所） ③ご自身で受診されたクリニック
 - ②の提携医院で採血を受けられた場合は、採血結果を郵送または PDF 形式にて当院へご提出いただいております。
当院では、そちらの結果をもとに診察を行わせていただきます。
 - ③のご自身で受診されたクリニックで採血を受けられた場合は、採血結果をご自身でアプリ内にアップロードしていただきます（ご予約後）。
- ☐ 再診時には、毎回の採血は不要です。必要に応じて部分的な採血をご案内する場合がございますが、提携医院によって費用が異なります。

4. 診療費用について

- ☐ お支払いは、クレジットカード払いのみとなっております。診察後に CLINICS アプリ経由で請求メールが送信されます。メール記載の方法に従ってお支払ください。
- ☐ オンライン初診料（40 分間まで。採血結果提示なしの場合） ￥4,000(税込)
- ☐ オンライン再診料（30 分間まで） ￥3,000(税込)
- ☐ 予約費用(オンライン診療アプリ利用) ￥1,000(税込)
- ☐ オンライン追加診療延長料金（30 分までが上限） ￥5,000(税込)
- ☐ 初診セカンドオピニオン（他院採血結果あり診察のみ希望の場合） ￥8,500(税込)
- ☐ 当日キャンセル 2 回目（初診の場合） ￥4,000(税込)
- ☐ 当日キャンセル 2 回目（再診の場合） ￥3,000(税込)
- ☐ 当日キャンセル 3 回目以降（初診再診問わない） ￥10,000(税込)
- ☐ 栄養解析費（レポート・結果説明・各種資料付き） ￥7,000(税込)
- ☐ 郵送料(サプリメントなどの物販販売)
- ☐ 採血代は各提携先クリニックで別途お支払い。（当院お問合せ時に各提携先、採血規定額お伝え）

5. 採血場所

- ☐ 当院 医療法人社団 生仁会 福井内科医院 〒731-0143 広島県広島市安佐南区長楽寺二丁目 13 番 26 号
- ☐ 提携医院（採血のみ対応）：
関西圏（大阪）および関東圏（東京）の提携クリニック（各圏 1 箇所）にて、栄養採血のみ。診察は行っておりません。
※ご予約は、各提携医院様へ直接お願いいたします。
※採血費用はクリニック様により異なります。詳細につきましては、お問合せ時に当院より別途書類にてご案内いたします。

● 当院提携医院は以下の2医院様です

東京：みぞぐちクリニック 〒103-0028 東京都中央区八重洲 1-4-10 八重洲仲通りビル 11F
TEL：03-6910-3847 休診：第1・3・5木曜、日祝、季節休暇
大阪：たにまちクリニック 〒543-0001 大阪市天王寺区上本町 6-9-21 FUSION+ 7 階
TEL：06-6776-8966 休診：木曜・日曜

6. 注意事項

- ☐ 診察中の通信トラブルや待ち時間、再接続の可能性について了承します。
- ☐ 当日キャンセルの際のキャンセル料金(※4.診療費用にて明記あり)
- ☐ 当院からのサプリメントなどの郵送時のトラブルについては責任を問いません。
- ☐ 初診セカンドオピニオン（他院採血検査結果をご提示のうえ、診察のみをご希望の場合）¥8,500(税込み)
※栄養解析センターによるレポートや各種資料の郵送は含まれておりません。医師によるオンライン診察のみとなります。
- ☐ 栄養解析費 ¥7,000(税込み)
※解析センターからのレポート返送までに、約5週間ほどお時間を頂戴いたします。
- ☐ 予約枠のキャンセルについて
診療予約日の1週間前、17時までにお問い合わせいたします。
- ☐ キャンセル方法
CLINICS アプリ内でのキャンセル、または当院（082-872-4114）までお電話ください。
なお、キャンセル申請日が当院の休診日に該当する場合は、公式HPのお問い合わせフォームより、キャンセル希望の旨をご記載のうえ送信ください。休診日明けにご返信いたします。

◆私は、医療法人社団 生仁会 福井内科医院において、以上の内容に基づきオンライン診療を受けることに同意します。

西暦 年 月 日

フリガナ

患者氏名： _____

住 所： _____

連絡先： _____