

## ビデオ通話 同意書

私は、下記事項について了承し、これらを遵守してビデオ通話を実施することに同意します。

令和        年        月        日

患者氏名        (自筆署名)

### 【留意事項】

- ① 他の患者等が映り込んだり、その声が入り込んだりしないようご注意ください。そのため、スマートフォン等のインカメラのみを使用しアウトカメラはご遠慮ください。
- ② 部屋で通話する場合はカーテンを閉めて周囲が映り込まないようにご注意ください。
- ③ 院内の撮影はご遠慮ください。
- ④ 通話の音量は他者の迷惑にならないようにし、また原則イヤホンを使用願います。
- ⑤ 通話時間は15分程度とし、長時間はご遠慮願います。
- ⑥ 当院は、ビデオ通話の実施により発生した個人間のトラブルや、スマートフォン等及びアプリの使用上の問題が発生しても、責任を負いかねます。特に、他の患者等が映り込んだり、その声が入り込んだりすることのないようご注意ください。
- ⑦ 当院のルールや当院からの指示に反する行為、他者の迷惑になる行為があった場合は、退院の措置をとる場合がありますのでご注意ください。
- ⑧ 盗撮など個人情報保護に反する行為、その他犯罪行為があった場合は、警察に通報いたします。
- ⑨ 個人情報保護の観点から、当院では家族等のスマートフォン等を預って入院患者に渡すことは行っておりません。
- ⑩ ビデオ通話の際、スマートフォン等はご自分で操作していただきます。当院で患者様のスマホ等を取り扱うことはいたしませんので、ご了承願います。