

超音波動画配信サービス 申込み同意書

※記入後、ご提出前にコピーを取り控えとして自身で保管ください。
本書は受付にご提出ください。

説明者	説明日	受領者	受領日	控え
	/		/	<input type="checkbox"/> 患者 <input type="checkbox"/> 当院 <input type="checkbox"/> 郵送

私達夫婦は、不妊治療の際に行う超音波検査の動画撮影・閲覧を希望し、『超音波動画配信サービスのご案内』によって、下記の事項について十分理解・納得の上、本サービスへの申込みとAngel Memoryカードの購入をします。

※下記事項について質問や再確認したいことがなければ、左端の患者口欄に☑を入れ、下記に署名してください。
(↓患者☑欄)

<Angel Memoryカードについて>

- 利用には『Angel Memoryカード』の購入(1,500円 税別)が必要なこと、またその使用方法を理解している。
☞詳細は『超音波動画配信サービスのご案内』をご参照ください。
- 診察時動画撮影を希望する場合は、超音波検査をする前にカードの提示をしなければ撮影は出来ないことを理解している。
- カードを忘れた場合、動画撮影が出来ないことを理解している。
※カードがないと撮影自体できませんので、超音波検査後にカードをお持ち頂いても後から動画を配信することは出来ません。
- カードを紛失・破損した場合、再購入する必要があることを理解している。
※再購入した場合、以前のカードで撮影したデータは引き継がれません。

<動画の閲覧について>

- 動画の閲覧にはインターネット環境が必要であることを理解している。
※インターネットの契約内容が、定額プランでない場合、通信料が高額となる可能性があります。
インターネットの設定等のご契約のプロバイダーや携帯会社にお問合せください。
- 動画の閲覧期限は撮影日から1年であることを理解している。
- 閲覧期限までにダウンロードすれば保管出来るが、それはパソコンからのみであることを理解している。
※携帯電話・スマートフォンからはダウンロード出来ません。

<動画の撮影について>

- 超音波動画の撮影期間は最終撮影日より1年間であることを理解している。
※不妊治療をお休みされた場合など、再来院までの期間が1年を超えるとカードの再購入が必要です。

<注意事項>

- 本サービスの本来の利用は、産科施設向けのサービスであるため、動画閲覧サイトには妊婦の方を対象とした表現や広告が表示されます。
- 当院でご妊娠後、同サービスを導入している産科施設に転院した場合、本サービスの継続利用が可能ですが、当院でカード購入後、本サービスを導入していない不妊治療施設にて妊娠した場合、ご利用出来ません。
- 産科施設では動画撮影・閲覧期限等の仕様が当院と異なります。
- カードの使用範囲は1分娩までの為、他院でご出産後、再度当院に通院される場合、継続新規の申込みが必要です。
- 本サービスは当院が運営・提供しているものではありません。
Angel Memoryサイト上の利用規約に従いご利用ください。
急なサービスの提供変更・終了になった場合でも当院では保障できません。

上記の事項を十分理解し納得しましたので、超音波動画配信サービスに申込みます。

医療法人社団暁慶会はらメディカルクリニック

院長 原 利夫殿

〒

同意日_____年_____月_____日

夫氏名_____

妻氏名_____

診察券番号 () _____