

HINT(ヒント)に登録しよう!!

患者様とご家族の健康を考え、健康情報や予防医療の情報などを皆様にご提供いただきたく医療サービスの一環としてHINT(ヘルスケアインフォメーションネットワーク)のご紹介をさせていただきます。ご自身やご家族のためぜひ登録ご利用下さい。

HINT(ヒント)ってなに?

健診を受けた方がご自身の健康管理・及び治療のために、専門医の健康コラムや最新の医療情報・予防医療など健康にまつわる様々な情報が得られるシステムです。また、ホームページの閲覧と健康にまつわる配信メール(メールマガジン)で皆様の健康維持のお役に立ちたいと考えております。

オプション(血液データを登録された方のみご利用いただけます)

あなたの健診データをあなた専用のホームページ上で閲覧する事が出来、ドクターからの健康アドバイスコメントが書き込まれます。お忙しくて来院できない方、外来待ち時間がない方、ドクターに会う前に事前に結果を知りたい方などには最適です。



HINT加入でこんな特典があります

健診結果のWeb閲覧・
ドクターの個別コメント

健診結果をWeb上で閲覧、前年の健診結果との比較ができ、ドクターから健康アドバイスコメントが見ることが出来ます。

医院からお知らせ・
医療情報メール

ドクターから医院の情報や予防接種の案内・疾患情報などがメールで届きます。

HINTホームペー
ジの閲覧

健康に役立つ情報・予防医療・抗加齢・花粉症・肥満・アトピー・インフルエンザ・流行ウイルス対策・予防・ショッピングなど。

ドクターによる健康
情報コラムの配信

健康情報や最新医療のお知らせ・医師の健康コラムなど知りたい情報が満載のメールマガジン配信。

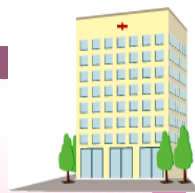
患者様への情報提供

Web・ホームページの閲覧には ID・パスワードが必要です。

※申し込み用紙記入後 10 日前後にメールで配信されます。



様々な役立つ情報による、健康管理・早期診断・早期治療・予防医療に活用して頂けます。情報配信の為に必要事項を申し込み用紙にご記入下さいます様お願いいたします。



上記のサービスすべて年会費や会費等一切無料です。

㈱メディカルインフォワイズは各登録医療機関先より業務委託を受け貴殿からお預かりした個人情報、および個人データの利用目的は下記の通り記載いたしております。

1. 個人情報および保有個人データの利用目的

(A) 利用の対象となる事業

- ア). 健康管理情報メールマガジン配信 イ). 健康診断受診に付帯する情報提供サービス事業
ウ). 化粧品・健康食品・特定保健用食品・医薬品・医療機器等の臨床試験モニター募集代行
エ). 医学・疫学調査分析事業、またはアンケート等の市場調査分析事業 オ). その他、上記各項に関連し、または付帯する事業

(B) 利用の対象となる目的

- ア). 健康管理情報提供・メールマガジンの配信 イ). 化粧品・健康食品・特定保健用食品・医薬品・医療機器等の臨床試験モニター募集情報の配信 ウ). 医学・疫学調査、またはアンケート等の市場調査 エ). その他、上記各項に関連し、または付帯する目的

2. 「第三者提供」に関する事項

- (1) 当社は、保有する個人データを適切に管理し、法令により例外として取り扱われるべき場合を除き、あらかじめご本人の同意を得ることなく第三者に提供することはありません。
- (2) 当社は、特定の第三者との間で個人データを共同利用する場合は、直接ご本人に、個人データを特定の者との間で共同して利用する旨、共同して利用される個人データの項目、共同して利用する者の範囲、利用する者の利用目的、および当該個人データの管理について責任を有する者の名称を通知します。

3. 個人情報取扱窓口

- (1) 個人情報の利用目的の通知、開示、訂正・追加・削除、利用の停止・消去および第三者への提供の停止の請求ならびに個人情報の取扱に関するお問い合わせにつきましては、㈱メディカルインフォワイズ「HINT 運営事務局」までお申し出下さい。

問合せ先

株式会社メディカルインフォワイズ 「HINT(ヒント)運営事務局」
TEL:045-540-7756 FAX:045-540-7757 HP:http://www.vo-s.jp
〒223-0059 神奈川県横浜市港北区北新横浜 1-2-3 北新横浜メディカルビル 2 階

ホームページ閲覧方法

登録手続きが完了次第メールにて ID・パスワードが届きます。(一週間～10 日程度)
ホームページにログインする際入力して下さい。

登録者様控え(切り取り線に従い切り離し、お持ち下さい)

切り取り

HINT申し込み用紙

登録医療機関名		受付 No.	
記入日	H. 年 月 日		
フリガナ			
お名前			
生年月日	19 年 月 日	性別	男 女
メールアドレス		@	
お電話		携帯電話	

オプション

血液データを登録されますか？	はい	いいえ
-----------------------	----	-----

* **はい** に○の方は**健康診断閲覧サービス**がご利用いただけます。

なお、**血液データのご登録がなくてもホームページ・メール配信のサービス**はご利用いただけます。