

## MVision health（エムビジョン・ヘルス）サービス申込書

本サービスへの参加を希望される方は、以下の内容をご確認いただき、ご理解いただきましたら、ご署名欄にご記入をお願いいたします。

### 1. 個人情報の利用目的

- ① 運営会社の株式会社エム（以下「エム」）は、下記医療機関からMRI画像データおよびサービスに必要な個人情報（氏名・生年月日・年齢・性別・患者ID）の提供を受けて、脳画像を解析し、本内容に同意いただいた方に、解析結果のレポートを提供いたします。
- ② ご提供いただいた個人情報は、エムのプライバシーポリシー（個人情報保護方針）に従い、適切に管理いたします。

### 2. 個人情報の第三者提供について

- ① エムは、個人情報を匿名化（非個人情報化）したうえで、(1) 論文・学会発表等への利用、(2) サービスの改善・改良および新しいサービスの開発に利用することがあります。

### 3. 本サービスを受けるにあたって

- ① 本サービスは、運営会社のエムが提供します
- ② 本サービス結果は、20～90歳の大規模データと比べて算出する脳年齢などの値を含みます。この年齢範囲外の場合、これらの結果は参考値となりますことをご了承ください。
- ③ 本サービス受診には、下記医療機関での脳ドック受診または頭部MRI撮影が必要です。
- ④ 本サービス受診に必要な料金を下記医療機関にお支払い下さい。
- ⑤ 本サービスは認知症など脳の疾患自体を診断することを目的とした医療機器製品ではありません。認知症や脳卒中のリスクの推測に役立つと考えられている脳萎縮や白質病変について分析することで、疾患の予防に役立つ生活習慣改善や生活習慣病治療のきっかけにして頂く効果を期待した分析サービスです。
- ⑥ 脳MRI画像を用いた医師の診断の結果として脳の疾患やその疑いが指摘された場合には、本検査は参考情報として捉えた上で、医師の指示に従って下さい。治療や疾患・外傷後による脳萎縮部位など、脳に大きな形態変化がある方は評価が不正確になります。
- ⑦ 歯に金属の詰め物がある方は結果が不正確になることがあります。
- ⑧ 本サービスに関するお問い合わせは、下記のエム連絡先に直接ご連絡ください。

### ご署名欄

私は、以上の内容を読み、十分理解・確認しましたので、本サービス受診に同意します。

|          |             |
|----------|-------------|
| 受診者氏名    |             |
| 住所       |             |
| 生年月日     | 年 月 日       |
| ご記入日     | 年 月 日       |
| 医療機関名    | かしわば記念クリニック |
| *医療機関使用欄 |             |

### 本サービスに関するお問い合わせ先

**MVision health 運営事務局**

〒108-0073 東京都港区三田2-10-6 三田レオマビル 10F

e-mail : [support@corporate-m.com](mailto:support@corporate-m.com)、URL : [www.corporate-m.com](http://www.corporate-m.com)