

千葉市肺がん個別検診協力医療機関 各位

公益財団法人ちば県民保健予防財団
画像診断部画像診断課長 大輪 孝子

平素より、当財団の事業に格別のご高配を賜わり厚くお礼申し上げます。

さて、令和元年度千葉市肺がん個別検診の第二読影を当財団へご依頼いただく際の、事務的な対応を下記の通りとさせていただきますので、ご理解ご協力のほど、よろしくお願い申し上げます。

なお、**読影依頼書が変更となっております**ので同封いたします。お手数ですが、お手元に旧依頼書の残りのある場合は、内容をご確認の上、破棄していただき、**新しい依頼書にてのご依頼にご協力をお願いいたします**。

1. 依頼方法

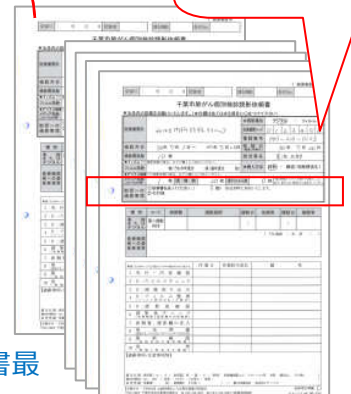
検診票とそれに該当する画像(フィルムまたはディスク)に「**千葉市肺がん個別検診読影依頼書**」を**必ず添付**してご依頼ください。

なお、この依頼書は 5 部複写になっております。ご依頼前に 5 枚目の[5.医療機関控用]を切り離し、ご依頼中の控えとして保管していただきますようお願いいたします。

- * 検診票枚数、フィルム枚数など、正確な数値をご記入いただきますよう、お願いいたします。
- * 読影依頼書がお手元になくなりましたら、ご送付いたしますので、ご依頼の際、**依頼書の財団への連絡事項欄に事前にご記入**いただくか、この文書最終ページに記載のお問い合わせ先までご連絡ください。

5 枚目は、
はがして保管
ください。

読影依頼書の送
付希望はここに
記入ください。



▲読影依頼書(5部複写)

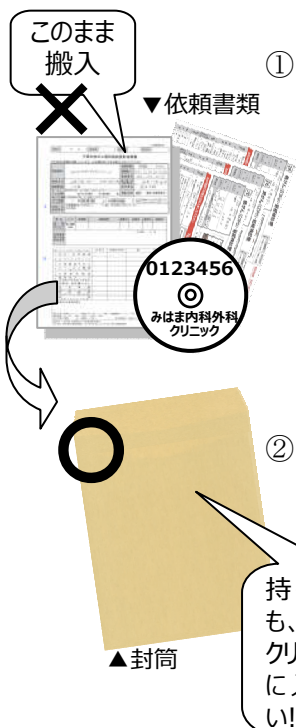
※ご依頼時、依頼書が手元になくなってしまった場合は当財団サイトのダウンロードページより、依頼書のフォーマットがダウンロードできます。(5部複写ではありません)ダウンロードした帳票に、必要事項をご記入の上、ご依頼物に添付してご提出いただければスムーズです。どうぞご利用ください。

* 帳票のダウンロードはコチラ→ <https://www.kenko-chiba.or.jp/dl/00download>

- ① 当財団へご持参の場合… 1階事務受付に、**9:00~15:45の間**にご提出ください。時間外は受付が不在になり、受け取りが出来かねますので、**時間厳守**でお願いします。

※ ご持参の際、封筒、ケース等に入れずに検診票やフィルム、磁気媒体等の依頼書類を素のまま提出されるケースが見られます。紛失や破損の原因になりますので、依頼書類は必ず封筒等に入れてお持ちください。素のままでの搬入で紛失、破損等が起こった場合、その責任は負いかねますので、搬入の際の依頼書類の保護にご協力をお願いいたします。

- ② 郵送(宅配便含む)の場合…宛先欄に必ず下図の通りご記入いただき、当財団担当宛にお送りください。(個人情報の取扱いには十分ご注意ください)



▲封筒

〒261-0002
千葉市美浜区新港 3 2 - 1 4

公益財団法人ちば県民保健予防財団画像診断課
千葉市肺がん個別検診第二読影係 行

【読影依頼書の記入例】

下図赤枠内の必要事項を全てご記入下さい。

※記載されている検診票枚数、画像数が実際と違うケースが少なからず見られます。正確な数値の記入にご協力をお願いいたします。

医療機関コードは正確にお願いします。変更があった場合は、お手数ですが、ご連絡をお願いします。

医療機関名をゴム印等で押印される場合は、お手数ですが**5部複写帳票全てに押印**してください。

フィルム読影のご依頼の際は**この枠内**にご記入ください。

デジタル読影のご依頼の際は**この枠内**にご記入ください。

結果報告用

受領日 年 月 日 受領者 報告期限 受付No.

千葉市肺がん個別検診読影依頼書

▼太枠内の記載をお願いいたします。(★の欄はあてはまる項目に○をつけて下さい)

医療機関名	みほま内科外科クリニック		★読影種別	デジタル・フィルム	
医療機関コード	0123456		電話番号	043-210-0123	
検診月日	30年5月1日～30年5月20日		依頼日(発送・持参日)	30年5月20日	
検診票枚数	10枚		担当者名	美浜 太郎	
◆フィルムでの読影依頼の場合、以下の欄にご記入ください。	フィルム枚数		枚(うち今年度分 枚/過年度分 枚)		★搬入方法
◆デジタル画像での読影依頼の場合、以下の欄にご記入ください。	メディア枚数(CD-ROM等)		枚 画像数		添付フィルム数
財団への連絡事項	①依頼書を送ってください。(5部) ※返却時に同封いたします。		②その他		0枚

過去画像をフィルムで添付する場合、ここに添付しない場合は「0」を記入して下さい。

種別	コード	依頼数	読影医師	読影日	依頼者
直またはデジタル	第二読影 509			/	
医療機関様への連絡事項等	(TEL確認)				

デジタル読影で、過去フィルムの添付がある場合はここに枚数をご記入ください。**ない場合は必ず「0」と記入**してください。

▼頭に「D」が付いている工程はデジタルの場合のみの工程です。

作業日	作業担当者名	備考
1 受付・内容確認		
2 D:ウイルスチェック		
3 D:画像取り込み		
4 D:フィルム整理(フィルム添付があった場合)		
5 D:読影後確認		
6 読影後チェック(枚数確認と読影欄の内容確認)		
7 依頼書、読影欄の記入		
8 発送準備(控をとり、ラベルをつけてファイルにまとめる)		
9 最終確認(返却内容の最終確認)		
10 返却(書類と発送先を確認)		

依頼書の送付をご希望の場合はここに、ご希望の部数を記入してください。結果返却時に同封します。その他、ご連絡事項等ございましたら、その下にあります「②その他」欄にご記入下さい。(例：受診者さまの氏名の変更等あった場合や画像についての連絡事項など)

【連絡事項・注意事項等】

梱包状態：財団薄(大・小) 財団箱(厚・薄・小) 財団F 医療機関箱 or F レターパック等 封筒 梱包なし その他()

梱包内梱包：なし あり (封筒・クリアF・CD用の・厚紙)

返却準備：依頼書(枚) 依頼書5 その他() → 搬入時梱包材 返送用レターパック

【お問合せ・ご送付先】 公益財団法人 ちば県民保健予防財団 返却用準備

〒261-0002 千葉市美浜区新港32番地14 TEL 043-246-8637 FAX 043-246-8657 (画像診断課) 18.01 5×3,000 (西) 6329

▲読影依頼書(5部複写)

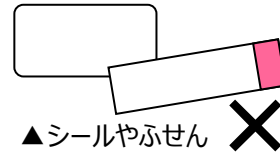
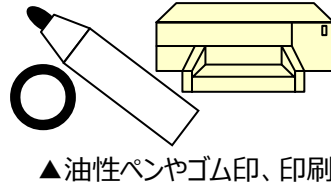
※すぐにご依頼したいのに手元に依頼書がなくなってしまった場合は当財団サイトのダウンロードページより、依頼書のフォーマットがダウンロードできます。(5部複写ではありません)ダウンロードした帳票に、必要事項をご記入の上、ご依頼物に添付してご提出いただければスムーズです。どうぞご利用ください。(実際の依頼書は結果報告返却時に同封させていただきます)

* 帳票のダウンロードはコチラ→ <https://www.kenko-chiba.or.jp/dl/00download>

診票と同一人物であることが確認できる形でのご依頼をお願いします)

3) CD-R 等の磁気媒体はケースだけでなく、**直接、ディスク表面に油性ペン等で医療機関コード・医療機関名を必ずご記入ください。**(印刷も可)

なお、ボールペンでの記入はディスクを傷つけ、データが破損する場合がありますのでお避け下さい。また、読影に支障が出ますので、ディスク表面にふせん、シールは使用しないでください。



▲ディスク表面に直接、医療機関コードと医療機関名を記入して下さい。

- ③ バリウム残存と思われる画像でのご依頼がございます。この場合読影に支障が出ますので**胃部バリウム造影を実施する場合は胸部撮影後**にお願いいたします。
- ④ 画像に下着やアクセサリ等の異物が映り込んでいるケースが見られます。読影に支障が出ますので、撮影の際は異物が映り込まないように、ご注意くださいようお願いいたします。

3. 読影結果報告

(1) 読影期間 授受後2週間(年末年始等連休を除く)を予定しています。

(2) 要再撮について

ご依頼いただいた画像が条件不良や、欠損などで読影が困難な場合は「1 a 読影不能(要再撮)」の判定となる場合があります。つきましては**撮影条件の悪いフィルムの提出はご遠慮くださいますようお願いいたします。**なお、読影不能分は市への報告を保留としているため、撮影し直して改めてご依頼いただく際は、新たに読影依頼書を作成し、**再撮分である旨ご明記いただき、他の依頼とはグループを別にしてご提出**いただけますよう、お願いいたします。

(3) 返送

宅配便またはレターパックでご返却いたします。

返却された検診票、フィルム等は必ずすぐにご確認いただけますよう、お願いいたします。

※ 郵送(宅配便も含む)の際に使用する梱包材は資材削減のため繰返し利用を心がけております。ご理解ご協力の程よろしくお願いいたします。(財団作成の梱包材がお手元にあるようでしたらお手数ですが、ご返却をお願いします)

また、当財団では個人情報保護の観点から、可能な限り、レターパックでの返却に努めております。ご依頼の際もデジタル依頼等 A4 サイズで収まる内容でしたら**箱ではなくレターパックでの搬入にご協力をお願いいたします。**

4. その他

財団休業日:土・日・祝日、年末年始(12/29~1/3)

検診実施期限:令和2年2月29日(土)

*当財団への読影依頼は

令和2年3月16日(月)必着

でお願いいたします。

ご不明な点はお問い合わせください

〒261-0002 千葉市美浜区新港3-2-14
公益財団法人ちば県民保健予防財団
画像診断部画像診断課 小松麻里子
電話 043-246-8637
FAX 043-246-8657