

受領日	年 月 日	受領者	報告期限	受付No.
-----	-------	-----	------	-------

## 四街道市肺がん個別・胃内視鏡検査読影依頼書

▼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	医療機関コード										
	★依頼種別					肺がん・画像評価・内視鏡					
	電話番号										
撮影月日	年 月 日		～	年 月 日		担当者名					
検診票・依頼状枚数	枚	CD-ROM・DVD枚数		枚	胸部画像数	枚	依頼日				年 月 日
★内視鏡画像形式	DICOM ・ JPEG ・ BMP										
財団への連絡事項	① 依頼書を送ってください。( 部) ※返却時に同封いたします。 ② その他										

種別	コード	依頼数	読影医師	読影日	依頼者	確認日	確認者
肺がん個別	509						
内視鏡画像評価	081						
胃部内視鏡	080						
医療機関様への連絡事項等	( TEL確認 : 未済 / )						

肺	内視鏡	作業日	作業担当者名	連絡事項・注意事項等	
1	1	受付・内容確認			
2	2	ウイルスチェック			
3	3	画像取り込み			
4	4	読影後の確認			
5	5	読影後作業(発送準備と確認)			
6		読影後チェック			
7		依頼書・読影欄の記入			
8	6	最終確認			クリアF(医・財)封筒 他
9	7	返却			メディア梱包 : あり なし

【お問合せ・ご送付先】公益財団法人 ちば県民保健予防財団  
〒261-0002 千葉市美浜区新港32番地14 Tel 043-246-8637 (画像診断課)

返却用○準備