

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	★読影種別		デジタル ・ フィルム		
	医療機関コード				
	電話番号				
検診月日	年 月 日 ~ 年 月 日		依頼日 (発送・持参日)	年 月 日	
検診票枚数	枚		担当者名		
◆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	持参 ・ 郵送 (宅配便含む)	
◆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	デジタル画像数	枚	過年度フィルム添付枚数	枚
過去画像をフィルムで添付する場合、ここに記入。添付しない場合は「0」を記入して下さい。					
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
直 ま た は 接 は デ ジ タル	第二読影 524			/		/	
医療機関 様への連 絡事項等	1.下記の不備 2.読影医からのコメント 3.読影不能 4.至急 5.その他 があります。ご確認・ご対応をお願いします。 (TEL確認：未 済 / )						

▼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 (控えをとり、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 返却物の梱包			
11 返却物の最終確認、封の確認			

【連絡事項・注意事項等】 検診票 様 → 二読欄書込有 ( 日付 スケッチ 判定 )、搬入時より3枚目無し、今年度外  
 検診票: 2,3枚目写込 判定もれ 件 ハガレ ヨゴレ 破損 シール: なし・今年度外・胸部以外 件  
 ウイルスチェック: 分 秒 / ディスク: 記名なし ケース: ヒビ カケトメ 破損 E(画像): ヨゴレ マガリ キズ 破損 / 異物写込 件

梱包状態: 財団簿(大・小) 財団箱 財団F 医療機関箱 医療機関F レターパック等 封筒 その他( )  
 梱包内梱包: なし・封筒・医療機関F・CD用の厚紙・名簿・袋( )  
 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 緑ケース

【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①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)

21.09.5×3,000