

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 (過年度分含む)	枚	過年度アナログフィルム枚数 (ない場合は0を記入)
医療機関様 →財団への連絡	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
フィルム または デジタル	第二読影 524			/		/	
財団→ 医療機関様 への連絡	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、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			

【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
 ディスク: 記名なし ケース: ヒビ カケ トメ 破損 F(画像): キズ 汚れ ヘコミ 破損 / 異物写込 件

梱包状態: 財団薄 大 (新 or 旧) 財団薄 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

〒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)