

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					
	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									
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	524						
内視鏡画像評価	081						
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		クリアF(医・財)封筒 他 メディア梱包：あり なし
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		
9	7	返却物の梱包		