

受付日	年 月 日	受付者	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。

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 (うち今年度分 枚 / 過年度分 枚)				過年度アナログ フィルム添付枚数 (ない場合は0を記入)	枚			
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										

————— 以下は、財団にて記入します。 —————

種別	コード	依頼数	読影医師	読影日	依頼者	返却日	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 / )						
	<b>【受付時連絡事項・注意事項等】</b> 検診票：①                      様②                      様 →ヨゴレ 破損、二読欄書込有 ( スケッチ 判定 )、搬入時より3枚目無し、今年度外 フィルム：①                      様②                      様 →ヨゴレ キズ 折れ <b>画像(フィルム)</b> ：異物写りこみ                      件						
梱包状態： 財団薄 ( 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 ・ 医療機関F ・ CD用の ・ 名簿 ・ 封筒 ・ 厚紙 ・ 袋 (                      ) 返却準備： 依頼書4 その他 (                      ) → 搬入時梱包材 返送用レターパック 緑ケース							