

## 過年度画像添付に関してお願い

第一読影医、第二読影医それぞれが比較読影を行います。そのため、過年度画像が貴院にある場合、第二読影依頼時に必ず添付して頂くようお願いいたします。

過年度画像は、原則、前回のがん検診の画像を添付頂きますようお願いいたします。前回のがん検診実施が6か月未満の時は、変化の有無を判断しがたい場合がありますので、前々回のがん検診もしくは6か月以上前の検査画像も合わせて添付し複数枚ご提出ください。

また、貴院で過去にがん検診の受診歴がなく、診療で撮影した画像を添付頂く場合は少なくとも6か月以上前の画像をお願いします。但し、ない場合は6か月未満の画像をご提出ください。

前回のがん検診時から現在までの間に変化が生じた場合や提出画像を選べない場合は複数枚ご添付ください。

四街道市肺がん個別検診協力医療機関 各位

公益財団法人ちば県民保健予防財団  
画像診断部画像診断課長 小松 麻里子

平素より、当財団の事業に格別のご高配を賜わり厚くお礼申し上げます。

さて、令和 7 年度四街道市肺がん個別検診の第二読影を当財団へご依頼いただく際の、事務的な対応を下記の通りとさせていただきますので、ご理解ご協力のほど、よろしくお願い申し上げます。

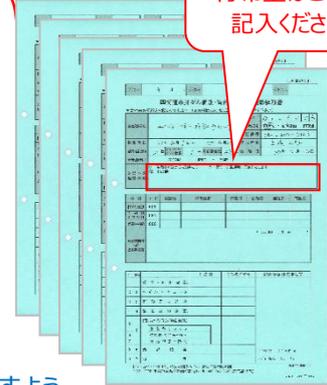
### 1. 依頼方法

以下のものを当財団へ直接ご持参いただくか、ご郵送ください。

①	四街道市肺がん個別検診読影依頼書 (ご依頼前に 5 枚目の[5.医療機関控用]を切り離し、ご依頼中の控えとして保管していただきますようお願いいたします。)
②	問診票
③	画像 CD

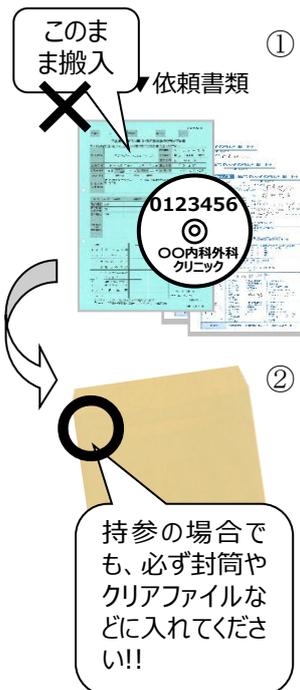
5 枚目は、  
はがして保管  
ください。

読影依頼書の送  
付希望はここに  
記入ください。



- \* 問診票枚数、メディア枚数など、正確な数値をご記入いただきますよう、  
お願いいたします。 ▲読影依頼書(5部複写) 願
- \* 読影依頼書がお手元になくなりましたら、ご送付いたしますので、ご依頼の際、**依頼書の財団への連絡事項欄に事前にご記入いただくか、この文書最終ページに記載の問い合わせ先までご連絡ください。**お急ぎの場合は当財団サイトのダウンロードページより、依頼書のフォーマットがダウンロードできます。(5部複写ではありません)ダウンロードした帳票に、必要事項をご記入の上、ご依頼物に添付してご提出いただければスムーズです。どうぞご利用ください。(実際の依頼書は結果報告返却時に同封させていただきます)

\* 帳票のダウンロードはコチラ→ <https://www.kenko-chiba.or.jp/dl/00download>



- ① 当財団へご持参の場合… 1 階事務受付に、**9 : 00 ~ 15 : 45 の間 (土日祝、お盆休み、年末年始除く)**にご提出ください。時間外は受付が不在になり、受け取りが出来かねますので、**時間厳守**でお願いします。

※ ご持参の際、封筒、ケース等に入れずに問診票や磁気媒体等の依頼書類を素のまま提出されるケースが見られます。紛失や破損の原因になりますので、依頼書類は必ず封筒等に入れてお持ちください。素のままでの搬入で紛失、破損等が起こった場合、その責任は負いかねますので、搬入の際の依頼書類の保護にご協力をお願いいたします。

- ② 郵送(宅配便含む)の場合…宛先欄に必ず下記の通りご記入いただき、当財団担当宛にお送りください。(個人情報の取扱いには十分ご注意ください)

〒261-0002  
千葉市美浜区新港 3 2 - 1 4  
公益財団法人ちば県民保健予防財団画像診断課  
四街道市肺がん個別検診第二読影係 行

▲封筒

【読影依頼書の記入例】

下図赤枠内の必要事項を全てご記入下さい。

※記載されている問診票枚数、画像数が実際と違うケースが見られます。正確な数値の記入にご協力をお願いいたします。

医療機関名をゴム印等で押印される場合は、お手数ですが**5部複写帳票全てに押印**してください。

医療機関コードは正確にお願いします。お手数ですが、変更があった場合はご連絡をお願いします。

結果報告用

四街道市肺がん個別・胃内視鏡検査読影依頼書

本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	〇〇内科外科クリニック		医療機関コード	0123456
★依頼種別	肺がん・画像評価		★依頼種別	肺がん・画像評価
撮影月日	R4年6月1日～R4年6月7日		電話番号	043-210-0123
担当	財田 太郎		依頼日	R4年6月20日
検査票・依頼状枚数	10枚	CD-ROM・DVD枚数 1枚	胸部画像数	20枚
★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。( <u>5部</u> ) ※返却時に同封いたします。 ② その他			

必ず「肺がん」に○をつけて下さい。

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 / )						

依頼書の送付をご希望の場合はここに、ご希望の部数を記入してください。結果返却時に同封します。その他、ご連絡事項等ございましたら、その下にあります「②その他」欄にご記入下さい。(例：受診者さまの氏名等個人情報に変更があった場合や**貴院の夏季休診日、臨時休業日**、添付画像についての連絡事項など)

肺	内視鏡	作業日	作業担
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	返却物の梱包	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)

22.03 5×1,000(画) 8359

## 2. 搬入内容

### (1) 肺がん・結核個別検診問診票について

必ず医療機関名、第一読影欄を全て記入し、必要事項の記入漏れがないようご注意ください。

\* **必ず第一読影の判定を記入してからご依頼ください。全件で第一読影がされていない場合は即時返却とさせていただきます。**

- ① 問診票は折らずに画像と同じ順序で重ねてください。また、**胸型部分等、第二読影欄の汚れにご注意**ください。
- ② 問診票と、画像データの**個人情報、撮影日等の不一致**が見られます。本人確認ができない場合、読影せずに返却せざるを得ませんので、内容を**十分ご確認の上、ご依頼ください。**  
※氏名の変更等があり、問診票と画像で氏名が異なる場合は**同一人物である旨、依頼書の「財団への連絡事項」欄や付箋等でお知らせ下さい。**
- ③ 第一読影の段階で明らかに精密検査が必要と思われる方については、第二読影前でも「精密検査依頼書」の発行と精密検査受診についての指導をしてください。この場合、**第二読影には回さず、四街道市にご連絡**ください。

### (2) 画像について

- ① 保存媒体と保存形式について※**磁気媒体は読影後、ご返却いたします。**

**1) デジタル画像は DICOM ビューアソフト付き形式**で CD-R または DVD-R に書き出してください。それ以外の形式の画像はお取り扱いできません。

なお、Blu-ray メディアや CD-RW、DVD-RW、DVD-RAM、USB メモリ、USB ハードディスク、MO メディア等リライト可能な光学メディアはお取扱できませんのでご注意ください。

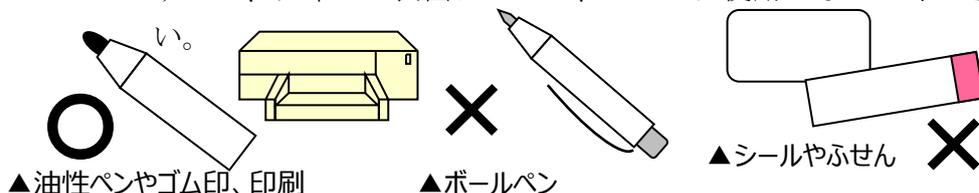
**2) 原則 1 回のご依頼に CD-R 等の磁気媒体は 1 枚**でお願いします。データ量の関係で 1 枚に収まらず 2 枚以上になってしまう場合はやむを得ませんが、「一人 1 枚」という書き出し方はご遠慮ください。

また、過去画像がある場合は過去画像(一人につき直近のもの 1 枚)も同じ磁気媒体に入れてください。(受診者氏名、生年月日、性別、撮影日が問診票と同一人物であることが確認できる形でのご依頼をお願いします)

※精度向上のため第一読影で所見がない場合も比較読影を行いますので、貴院に過去の画像、フィルムが保存されている場合は、第二読影依頼時に添付をお願いいたします。

3) CD-R 等の磁気媒体はケースだけでなく、**直接、ディスク表面に油性ペン等で医療機関コード・医療機関名を必ずご記入ください。**(印刷も可)

なお、ボールペンでの記入はディスクを傷つけ、データが破損する場合がありますのでお避け下さい。また、読影に支障が出ますので、ディスク表面にふせん、シールは使用しないでください



▲ディスク表面に直接、医療機関コードと医療機関名を記入して下さい。

② バリウム残存と思われる画像でのご依頼がございます。この場合、読影に支障が出ます。**胃部バリウム造影を実施する場合は胸部撮影後**にお願いいたします。

③ 画像に下着やアクセサリー等の異物が映り込んでいるケースが見られます。読影に支障が出ますので、撮影の際、異物は外していただき、写真に映り込まないように、ご注意ください。よろしくお願いいたします。

### 3. 読影結果報告

(1) 読影期間 当財団到着後営業日 10 日 (土日祝日、お盆休み、年末年始等連休を除く) を予定しています。

※受診者への結果通知を原則検診受診後 1 か月以内に行えるよう当財団へご提出ください。(詳しくは四街道市資料をご参照ください。)

(2) 要再撮について

ご依頼いただいた画像が条件不良や、欠損などで読影が困難な場合は「a 読影不能 (要再撮影)」の判定となる場合があります。つきましては**撮影条件の悪い画像の提出はご遠慮ください**ようお願いいたします。なお、読影不能分は市への報告を保留としているため、撮影し直して改めてご依頼いただく際は、新たに読影依頼書を作成し、**再撮分である旨ご明記いただき、他の依頼とはグループを別にしてご提出**いただけますよう、お願いいたします。

(3) 返送

レターパックでご返却いたします。

**返却された問診票、CD 等は必ずすぐにご確認いただけますよう、お願いいたします。**

※ **郵送(宅配便も含む)の際に使用する梱包材は資材削減のため繰り返しの利用を心がけております。ご理解ご協力の程よろしくお願いいたします。(財団作成の梱包材がお手元にあるようでしたらお手数ですが、ご返却をお願いします)**

### 4. その他

検診実施期限：令和 8 年 1 月 30 日 (金)

\* 当財団への読影依頼は

**令和 8 年 2 月 13 日 (金) 必着**

をお願いいたします。

\*ご不明な点はお問い合わせください\*  
〒261-0002 千葉市美浜区新港 3 2 - 1 4  
公益財団法人ちば県民保健予防財団  
画像診断部画像診断課  
中米 美樹 (なかごめ みき)  
電話 0 4 3 - 2 4 6 - 8 6 3 7  
FAX 0 4 3 - 2 4 6 - 8 6 5 7

※財団休業日：土・日・祝日、お盆、年末年始