

| | | | | |
|-----|-------|-----|------|-------|
| 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 があります。ご確認・ご対応をお願いします。 (TEL確認：未 済 /) | | | | | | |

| 作業日 | 作業担当者名 | 備考 |
|-----------------------------------|--------|----|
| ▼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。 | | |
| 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 (書類と発送先を確認) | | |

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

梱包状態：財団薄(大・小) 財団箱(厚・薄・小) 財団F 医療機関箱 or F レターパック等 封筒 梱包なし その他()
 梱包内梱包：なし あり (封筒・クリアF・CD用の・厚紙・M・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