

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 連絡事項	送付希望 ①読影依頼書 ( )部 ②財団宛名シール( )枚 ※返却時に同封いたします。		連絡事項			

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	<p>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 / )</p> <p>【受付時連絡事項・注意事項等】</p> <p>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 画像(フィルム)：異物写りこみ 件</p>						
<p>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 レターバック等 封筒 その他 ( )</p> <p>梱包内梱包： なし ・ 医療機関F ・ CD用の ・ 名簿 ・ 封筒 ・ 厚紙 ・ 袋 ( )</p> <p>返却準備： 依頼書4 その他 ( ) → 搬入時梱包材 緑ケース</p>							

※読影依頼書の4枚目は、読影を依頼している間の医療機関様の控えです。  
ご依頼前にはがして、お手元に保管ください。