

令和 8 年度 千葉市肺がん個別検診第二読影依頼に関して

※千葉市健康支援課の

『令和 8 年度 がん検診等の手引き 19 ページ～26 ページ』も必ずご確認ください。

令和 8 年度 千葉市肺がん検診変更点

- ・喀痰細胞診は実施しません。（がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針改正に基づき）
- ・検診票の『医師の判断により精密検査不要』のチェックボックスの場所を変更
- ・検診票の『総合判定』が『判定結果』という名称に変更

令和 8 年度 第二読影依頼に関しての変更点

ちば県民保健予防財団で過去に CT を実施した対象者がいた場合の対応を追加しました。
この文書の **3 ページ** をご確認ください。

1. 依頼方法

以下のものを当財団へご持参するかご郵送ください。

①	肺がん個別検診読影依頼書 (1～3 枚目)
②	検診票
③	フィルムまたは、画像 CD

※ 読影依頼書がお手元になくなった場合

→ご依頼の際、依頼書の財団への連絡欄にご記入ください。結果返却時に同封いたします。お急ぎの場合は、この文書の 7 ページに記載のお問い合わせ先までご連絡ください。

① 当財団へご持参の場合

場所 当財団1階事務受付

時間 9：00～15：45（土日祝、お盆休み、年末年始休診除く）

注意事項

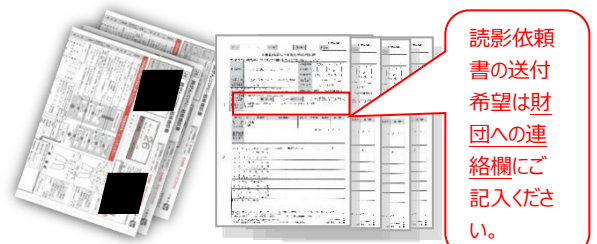
- ・ご持参の際、依頼書類は必ず**封筒**や**蓋つきファイル**などに入れてお持ちください。
素のままでの搬入で紛失、破損などが起こった場合、その責任は負いかねますので、搬入の際の依頼書類の保護にご協力をお願いします。

② 郵送の場合

宛先欄に下記の通りご記入頂き、財団担当宛にお送りください。

〒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
千葉市肺がん個別検診第二読影係 行



読影依頼書の送付希望は財団への連絡欄にご記入ください。

▲読影依頼書（4部複写）

4 枚目は、依頼中の医療機関様の控えです。依頼する前にはがし、お手元に保管してください。



財団宛名シールのご用意もございます。結果返却時に同封いたしますので、ご希望の場合は、読影依頼書と同様に依頼書の財団への連絡欄にご記入ください。

【読影依頼書の記入例】

赤枠内をすべてご記入ください。記載されている検診票枚数や画像数が実際と違うケースが少なからず見られます。ご注意ください。

医療機関名のゴム印を使用される場合は、**4部複写帳票全てに押印**してください。

1 結果報告用

受付日	年 月 日	受付者	
-----	-------	-----	--

千葉市肺がん検診センター

医療機関コードは正確にお願いします。変更があった場合は、連絡欄にご記入ください。

▼太枠内の記載をお願いいたします。

医療機関名 〇〇内科クリニック	★読影種別 デジタル ・ フォルム
医療機関コード 0 1 2 3 4 5 6	医療機関コード 0 1 2 3 4 5 6
電話番号	電話番号
検診月日 R8 年6月22日～R8 年6月27日	依頼日(発送・持参日) R8 年6月29日
検診票枚数 6 枚	担当者名 財団 太郎
◆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。	★搬入方法 持参 ・ 郵送(宅配便含む)
① フィルム枚数 12 枚(うち今年度分 6 枚/過年度分 6 枚)	③ 過年度アナログフィルム添付枚数(ない場合は0を記入) 0 枚
◆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。	
② メディア枚数(CD-ROM等) 1 枚 デジタル画像数 12 枚(うち今年度分 8 枚/過年度分 4 枚)	
④ 医療機関様 → 財団への連絡事項	⑤ 連絡事項 ⑤ 夏期休診日 8/9(日)～8/15(土)
送付希望 ①読影依頼書 (5)部 ②財団宛名シール()枚 ※返却時に同封いたします。	

①フィルム読影の依頼の場合は、こちらにフィルムの総数と、今年度分と過年度分の内訳をご記入ください。

②デジタル読影の依頼の場合はこちらに、メディア枚数、デジタル画像数の総数と、今年度分、過年度分の内訳をご記入ください。

③デジタル依頼で、過去フィルムの添付がある場合はここに枚数をご記入ください。ない場合は必ず「0」とご記入ください。

④読影依頼書、財団宛名シールの送付希望はこちらにご記入ください。こちらの欄は、旧依頼書にはございませんが、旧依頼書もご使用できますので、お手元にある場合は、そちらもご使用ください。

⑤夏期休診日や受診者さまの氏名の変更、画像についての連絡事項などがございましたら、連絡事項欄にご記入ください。

種別	コード	備考
フィルム	第1読影	24
デジタル	第2読影	1

1. 上記の不備

財団医療への返却準備： 依頼書4 其他() → 搬入時梱包材 緑ケース

レターバック等 封筒 其他() - 筒 厚紙 袋()

【お問合せ・ご送付先】 千261-0002 千葉市美浜

※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。

読影依頼書の最後の4枚目は依頼中の医療機関様の控えです。ご依頼の際は、剥がして頂き結果ご返却までお手元に保管下さい。

2. 搬入内容

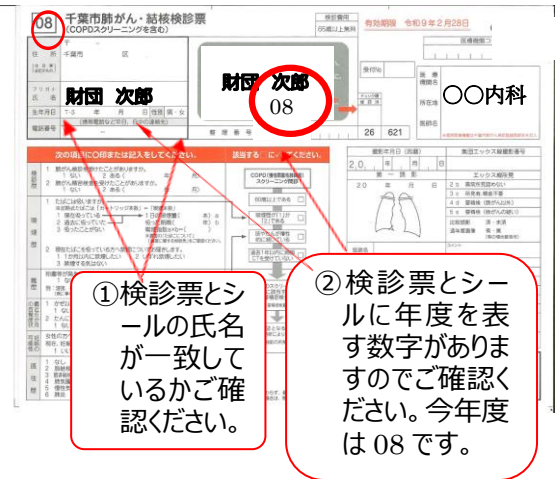
1) 肺がん・結核検診票について

① 必ず今年度の検診票に今年度の肺がん個別検診の受診券シールを貼付の上、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。また、複写になっておりますので胸型部分等、第二読影欄の汚れにご注意ください。

* **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。**

* 受診券シールの貼り違いにはご注意ください。本人確認ができませんので、**貼り違いがあった場合は即時返却とさせていただきます。**

* **旧姓や外国籍の方の日本名など、検診票、シール、画像（フィルム）で氏名が異なる場合**
→検診票に付箋でメモ書きし、検診票に貼り付けるか、読影依頼書の財団への連絡欄にその旨記載してください。



① 検診票とシールの氏名が一致しているかご確認ください。

② 検診票とシールに年度を表す数字がありますのでご確認ください。今年度は08です。



〇〇様、検診票とシールで苗字が異なりますが、ご本人で間違いありません。

←令和8年度 追加

② ちば県民保健予防財団で過去にCT受診歴がある場合

当財団では外来患者とのIDの混在を防ぐため、外来と千葉市肺がん個別検診第二読影は、別の読影システムを使用しております。そのため、検診票にCTの受診歴がある旨をご記入頂きますと、当財団でCTの受診歴があるかどうかは分かりません。

つきましては、当財団で過去にCT受診歴がある場合は、検診票の**第一読影コメント欄**に、『**財団でCTあり**』とご記入願います。CTの結果を加味し、読影させていただきます。

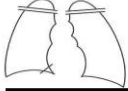


第一読影	エックス線所見
2026年8月22日	2 b 異常所見認めない
	3 c 所見有、精査不要
	4 d 要精検（肺がん以外）
	5 e 要精検（肺がんの疑い）
	比較読影 済・未済
	過年度画像 有・無 (有の場合要添付)
医師名 財団 花子	コメント 財団でCTあり

⇨ 検診票第一読影欄

③ 第一読影の段階で精密検査が至急必要と判断された場合、第二読影前でも「精密検査依頼書」の発行と精密検査の受診をご指導ください。

この場合検診票第一読影コメント欄に「紹介済」と記入し、第二読影をご依頼ください。千葉市には最終判定後の結果をご報告ください。 (☞【千葉市 令和8年度がん検診等の手引き】20ページ⑤判定結果をご参照ください)

撮影年月日(西暦)	20	集団エックス線撮影番号
20	年 月 日	エックス線所見
		2 b 異常所見認めない
		3 c 所見有。精密不要
		4 d 要精検(肺がん以外)
		5 a 要精検(肺がんの疑い)
		比較読影 済・未済
		過年度画像 有・無
医師名		コメント 紹介済

他院に紹介した場合は、第一読影のコメント欄に『紹介済』と記入をお願いします。

⇐ 検診票第一読影欄

2) 画像について

- ① 検診票に記載の第一読影の過年度画像添付に関して、実際の過年度画像添付の有無が異なる例が見られます。十分ご確認の上、ご依頼ください。

撮影年月日 (西暦)			検診エックス線撮影番号
20	年	月	日
第一読影			
20 年 月 日			エックス線画像
			1. 読影不能 (要再撮) 2. 読影不能 (読影不能) 3. 読影不能 (読影不能) 4. 読影不能 (読影不能) 5. 読影不能 (読影不能) 6. 読影不能 (読影不能)
読影結果			読影結果
20 年 月 日			エックス線画像
			1. 読影不能 (要再撮) 2. 読影不能 (読影不能) 3. 読影不能 (読影不能) 4. 読影不能 (読影不能) 5. 読影不能 (読影不能) 6. 読影不能 (読影不能)
読影結果			読影結果

検診票の第一読影欄が過年度画像有ですが、実際には画像が添付されていないことがあります。ご注意ください。

- ② 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様お願いいたします。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。

- ③ 体格の良い方や姿勢を保てない方で、欠像となってしまう場合は、立つ位置等をずらし、欠けた部分が確実に含まれる画像を追加撮影し、全ての画像をご提出ください。欠像が大きい場合は、読影不能となり、再撮をお願いする場合があります。

- ④ 胃部バリウム検査を同日実施する場合は、胃粘膜に付着したバリウムが肺野に重なり適正な観察ができません。**胸部X線検査を先に実施してください。**もし胃部バリウム検査を先に受けてしまった場合は、1週間程度期間を空けてから胸部を撮影してください。

- ⑤ 画像に金具付きの下着、金具無しでも体を締め付ける下着、アクセサリ等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、撮影の際は外していただき、写真に映り込まないように、ご注意願います。

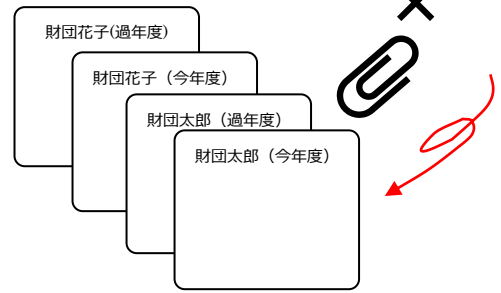
クリップ留めはNG▼

3) 胸部エックス線フィルムでのご依頼の場合

① フィルムは検診票と同じ並びで今年度、過年度の順番に並べて重ね、ひとまとめにしてください。

また、フィルムが傷ついてしまう場合がありますので、**過年度フィルム等複数のフィルムがある場合、クリップで留めないよう**お願いいたします。

② フィルムの汚れやキズにご注意ください。



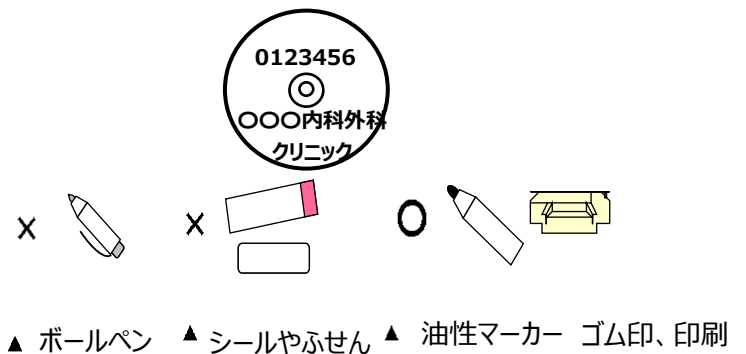
▲フィルムは検診票順で各人今年度→過年度の順に重ねてご提出ください。

4) デジタル画像（CD-R等の磁気媒体）でのご依頼の場合

形式	DICOMビューアソフト付き形式	
メディア	可	CD-R または DVD-R
	不可	以下のようなリライト可能な光学メディア ・Blu-rayメディア ・CD-RW ・DVD-RAM ・DVD-RW ・USBメモリ ・USBハードディスク ・MOメディア
注意事項		
<ul style="list-style-type: none"> 磁気媒体は読影後返却いたします。 1回のご依頼でメディアは1枚でお願いします。過年度画像も同じ磁気媒体に入れてください。 システムや、データ量の関係でやむを得ない場合は複数枚でも可能です。 画像には、受診者氏名（漢字カナ氏名⇄カナ氏名だけでも可）、生年月日、撮影日（西暦）が検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。 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マーカー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）以下に磁気媒体への記入方法を載せますので、ご参照ください。 		

磁気媒体への医療機関名の記入方法	
可	油性マーカー （マッキー、マジックインキなど）
	ゴム印
	印刷
不可	ボールペン シールや附箋

ボールペンでの記入はディスクを傷つけ、読み取れない可能性があります。



3. 読影結果報告

- 1) 読影期間 **当財団到着後 営業日 10 日**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 4 週間以内に行えるよう、当財団へご依頼ください。

(☞【千葉市令和 8 年度がん検診等の手引き】9 ページ (5) 受診者への結果通知をご参照ください。)

- 2) 要再撮について

ご依頼いただいた画像が条件不良や、欠像などで読影が困難で「1 a 読影不能 (要再撮)」の判定となったものは、市への報告を保留としています。再撮影し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**をお願いいたします。

- 3) 結果返却

宅配便またはレターパックでご返却いたします。

返却された検診票、フィルム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。

※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をお願いいたします。(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. 最終受付

検診実施期限：令和 9 年 2 月 28 日 (日)

* 当財団への読影依頼は **令和 9 年 3 月 10 日 (水) 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
中采^{なかごめ} 美樹、小松 麻里子
電話 043-246-8637
FAX 043-246-8657

財団休業日：土・日・祝日
夏期休診：8/13 (木) ~8/16 (日)
年未年始：12/26 (土) ~R9.1/3 (日)
※夏季休診日と年未年始休業期間は、変更になる場合があります。

千葉県肺がん個別検診第二読影 所見記入例

	所見記入例	概要
結核性所見	I型	肺結核広汎空洞型
	II型	肺結核非広汎空洞型
	III型	肺結核不安定非空洞型
	IV型	肺結核安定非空洞型
	V型 old Tbc	肺結核治癒型
	PI(e)	結核性滲出性胸膜炎
	PI(s)	結核性胸膜の肥厚
	PI(v)	結核性胸膜の癒着
	H型	結核性肺門リンパ節腫脹
	OP型	肺結核術後
bullae	ブラ	肺嚢胞
Ca	LK	肺がん
Cal	Calc	石灰化、calcificationの略
CB		慢性気管支炎
CPFE		気腫合併肺線維症
Ekt(ドイツ語)		気管支拡張症、Bronchi ectasis (英語)
Emph	Emp	肺気腫
Fib.	fibrosis	肺線維症、線維化
IP		間質性肺炎
mass	tumor	腫瘤影
meta		転移性肺腫瘍
MT		縦隔腫瘍
NTM		肺非結核性抗酸菌症
PA		肺動脈
R/o		鑑別を要し、精査を勧める時
s/o = susp		～を疑う
scar		炎症性瘢痕
scoliosis		側弯症
TAA		胸部大動脈瘤
合成影		血管や骨が重なり合い異常陰影があるかのように見えている所見