

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 8 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ご持参するかご郵送ください。

①	四街道市肺がん個別検診読影依頼書 (1~4 枚目)
②	問診票
③	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 5 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

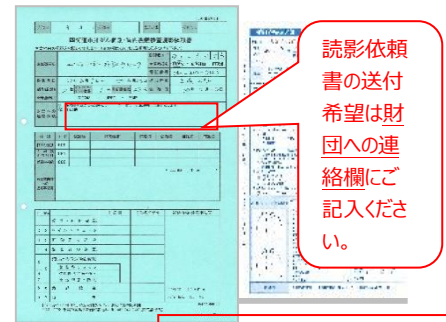
- ・ご持参の際、依頼書類は必ず封筒や蓋つきファイルなどに入れてお持ちください。
素のままでの搬入で紛失、破損などが起こった場合、その責任は負いかねますので、搬入の際の依頼書類の保護にご協力をお願いします。

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 (5 部複写)

5 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。



【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

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	〇〇内科外科クリニック				医療機関コード	0 1 2 3 4 5 6	
★依頼種別	肺がん				★依頼種別	肺がん ・ 画像評価	
電話番号	045-210-0123				電話番号	045-210-0123	
撮影月日	R4年6月1日~R4年6月7日				担当者名	財田 太郎	
検査票・依頼状枚数	10 枚	CD-ROM・DVD枚数	1 枚	胸部画像数	20 枚	依頼日	R4年6月20日
★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。(5 部) ※返却時に同封いたします。 ② その他 夏期休診日 8/10~8/15				必ず「肺がん」に○をつけて下さい。		

こちらに、問診票枚数、メディア枚数、デジタル画像数をご記入ください。

依頼書の送付をご希望の場合にはここに、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)

読影依頼書の最後の5枚目は依頼中の医療機関様の控えです。ご依頼の際は、はがして頂き結果ご返却までお手元に保管して下さい。

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							
内視鏡							
画像							
医療							
連絡							

(TEL確認 : 未 済 /)

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	
9	7	返却物の梱包	

【お問合せ・ご送付先】公益 千261-0002 千葉市美浜区

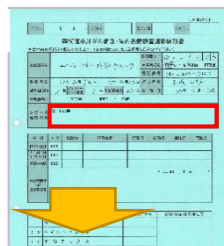
2. 搬入内容

(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。
- ③ 旧姓や外国籍の方の**日本名**など、問診票、画像（フィルム）で氏名が異なる場合
→付箋でメモ書きし、問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。



記入例

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 〇〇様、問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。
------------------	---

- ④ 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 比較読影について

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。

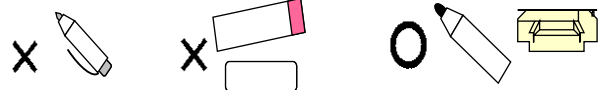
前回のがん検診時から現在までの間に変化が生じた場合や提出画像を選ばない場合は複数枚ご添付ください。

② 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。

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。



▲ ボールペン ▲ シールやふせん ▲油性マーカー ゴム印、印刷

- ③ 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。
- ④ 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、ご注意ください。

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。

- (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「a 読影不能（要再撮影）」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) 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 9 年 1 月 31 日（日）

* 当財団への読影依頼は

令和 9 年 2 月 12 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