

受付日	年 月 日	受付者	報告期限	受付No.
-----	-------	-----	------	-------

四街道市肺がん個別検診読影依頼書・胃内視鏡検査画像評価依頼書

▼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	医療機関コード										
	★依頼種別					肺		胃			
	電話番号										
撮影月日	年 月 日		～	年 月 日		担当者名					
問診票・依頼状枚数	枚	CD-ROM・DVD枚数	枚	胸部画像数	枚	依頼日	年 月 日				
★内視鏡画像形式	DICOM ・ JPEG										
医療機関様 ⇒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	返却日	確認者
肺がん個別	524						
内視鏡 画像評価	081						
財団⇒ 医療機関様へ の連絡事項	(TEL確認 : 未 済 /)						
受付時 連絡事項/ 注意事項							
梱包内容	医療機関F 、 財団F 、 封筒 、 メディア梱包 、 その他()						

※読影依頼書の5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。