

【提出先】 福島市医師会 読影搬入搬出会場（福島市保健福祉センター5階）

■検査画像の評価及び受入テストについて、下記にご記入いただくとともに、本番環境と同様の検査画像を添付して事務局まで提出してください。精度管理委員会等で確認後、受託の可否をお知らせいたします。

質問票B	
記入年月日	令和 年 月 日
医療機関名	

第1 がん検診等	
1 胃がん検診	(1) 透視 <input type="checkbox"/> デジタル (D I C O M) <input type="checkbox"/> フィルム 1台目 購入年月 ( ) メーカー名 ( ) 装置名 ( ) ※デジタルは5人分、フィルムは2人分を提出。
	(2) 内視鏡 <input type="checkbox"/> デジタル → 形式 ( <input type="checkbox"/> D I C O M <input type="checkbox"/> J P E G <input type="checkbox"/> 他 ( ) ) <input type="checkbox"/> プリント > 1人分 1台目 購入年月 ( ) メーカー名 ( ) 装置名 ( ) ※デジタルは5人分、プリントは2人分を提出。
2 肺がん検診	<input type="checkbox"/> フィルム <input type="checkbox"/> デジタル (D I C O M) → 複数枚画像の結合 ( <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可能 ) ※フィルムは2人分、デジタルは5人分を提出。要前年度の比較画像添付。
3 乳がん検診	<input type="checkbox"/> デジタル (D I C O M) <input type="checkbox"/> フィルム ※デジタルは5人分、プリントは2人分。
第4 がん検診等精密検査	
4 大腸がん検診 (精密検査>注腸)	<input type="checkbox"/> デジタル (D I C O M) <input type="checkbox"/> フィルム ※デジタルは5人分、プリントは2人分を提出。