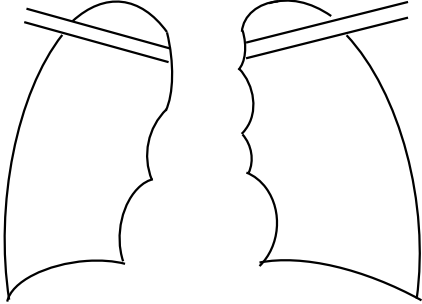
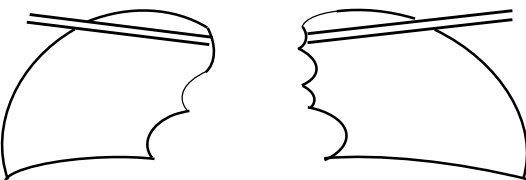


撮影年月日： 年 月 日

フィルムNo:

胸部X線検査所見

一次読影	読影年月日： 年 月 日	読影医 ()
比較読影 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <所見>		<X線判定区分> <input type="checkbox"/> a 読影不能 <input type="checkbox"/> b 異常所見を認めない <input type="checkbox"/> c 異常所見を認めるが、精査を必要としない <input type="checkbox"/> d1 活動性肺結核 <input type="checkbox"/> d2 活動性非結核性肺病変 <input type="checkbox"/> d3 循環器疾患() <input type="checkbox"/> d4 石綿関連疾患 <input type="checkbox"/> d5 その他() <input type="checkbox"/> e1 肺がんの疑いを否定しえない <input type="checkbox"/> e2 肺がんを強く疑う
		

二次読影	読影年月日： 年 月 日	読影医 ()
比較読影 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <所見>		<X線判定区分> <input type="checkbox"/> a 読影不能 <input type="checkbox"/> b 異常所見を認めない <input type="checkbox"/> c 異常所見を認めるが、精査を必要としない <input type="checkbox"/> d1 活動性肺結核 <input type="checkbox"/> d2 活動性非結核性肺病変 <input type="checkbox"/> d3 循環器疾患() <input type="checkbox"/> d4 石綿関連疾患 <input type="checkbox"/> d5 その他() <input type="checkbox"/> e1 肺がんの疑いを否定しえない <input type="checkbox"/> e2 肺がんを強く疑う
		

X線決定判定

<input type="checkbox"/> A 読影不能
<input type="checkbox"/> B 異常所見を認めない
<input type="checkbox"/> C 異常所見を認めるが、精査を必要としない
<input type="checkbox"/> D1 活動性肺結核
<input type="checkbox"/> D2 活動性非結核性肺病変
<input type="checkbox"/> D3 循環器疾患()
<input type="checkbox"/> D4 石綿関連疾患
<input type="checkbox"/> D5 その他()
<input type="checkbox"/> E1 肺がんの疑いを否定しえない
<input type="checkbox"/> E2 肺がんを強く疑う

総合判定

<指導区分> <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 要精密検査(肺がん以外) <input type="checkbox"/> 要精密検査
実施医療機関名 担当医()