高松市胃がん個別検診受診者名簿（胃部エックス線）読影用

依　頼　日：令和　　　　　年　　　　月　　　　日

検診実施機関名：　　　　　　　　　　　　　　電話番号：

依頼件数：　　　　　　　　件

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 連番 | 受診券整理番号 | ＩＤ番号※ | 受診者氏名 | 備　考 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

※ID番号はダイコム形式で提出する検診実施機関のみ御記入ください。番号は院内で使用する番号で構いません。ダイコム形式以外で提出する場合は記入不要です。

高松市胃がん個別検診受診者名簿（胃内視鏡）読影用

依　頼　日：　令和　　　　年　　　　月　　　　日

検診実施機関名：　　　　　　　　　　　　　　電話番号：

依頼件数：　　　　　　　　件

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 連番 | 受診券整理番号 | ＩＤ番号※ | 受診者氏名 | 生検の有無 | 備　考 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

※ID番号はダイコム形式で提出する検診実施機関のみ御記入ください。番号は院内で使用する番号で構いません。ダイコム形式以外で提出する場合は記入不要です。