

## ■ 修正対象の検査

撮影日時

---

本当の患者ID

---

本当の患者名

---

DICOMの種類                      レントゲン   CT   MRI   US   OT   XA   SC   その他

---

## ■ 修正内容

修正項目                      患者名   患者ID   検査日時   その他

---

正しくない値

---

正しい値

---

## ■ 承認および確認

署名あるいは捺印

作業済み