

「SAS スクリーニング検査助成制度アンケート回答ページ」を
開くことができない場合について

「SAS スクリーニング検査助成制度アンケート回答ページ」は
仕様上、Internet Explorer では開くことができなくなっております。

誠に恐れ入りますが、Internet Explorer 以外のブラウザや、スマー
トフォン等を使ってお開きくださいますようお願いいたします。

※Internet Explorer 以外のブラウザやスマートフォン等をご使用い
ただくのが難しい場合や、上記のようにしても開くことができな
い場合は、お手数をおかけいたしますが、以下 2~3 枚目の用紙を
印刷の上、FAX にて回答をご送信ください。

全日本トラック協会 交通・環境部 宛
 FAX 03-3354-1019
 メールアドレス sas-josei@jta.or.jp

____年 ____月 ____日

トラック運転者の睡眠時無呼吸症候群に係る
 _____年度スクリーニング検査結果状況等の報告

この報告及びアンケートは、スクリーニング検査終了後、全日本トラック協会にFAXでご提出ください。なお、**今回の検査でSASと確定診断を受けた方がいる場合、その後の治療状況を確認し、下記◆の表に記入してからFAXまたはメールして下さい。**
 また、報告が無い場合は、次年度以降検査助成を受けられない場合があることを、あらかじめご了承ください。

所属協会	トラック協会		
事業者名			
住所	〒 -		
電話番号		記入者名	

【1. SASスクリーニング検査結果報告】

① 『スクリーニング検査を受診した』人数	人
② 上記①の結果、『要精密検査と判定された方』の人数	人
③ 上記②のうち、『医療機関を受診した』人数	人
④ 上記③のうち、『SASと確定診断を受けた方』の人数	※ 人

◆上記④でSASと確定診断を受けた方の治療状況を下の表にご記入下さい。

上記④※の人数の内訳	治療内 程度	CPAP 治療中	耳鼻科 治療中	歯科 治療中	生活 指導	その他	未治療	人数計	→	治療後 改善
	重症	人	人	人	人	人	人	人		人
中程度	人	人	人	人	人	人	人	人	人	
軽度	人	人	人	人	人	人	人	人	人	
他の 疾患	人	人	人	人	人	人	人	人	人	
合計								人		

医療機関からの診断結果をもとに、SASと確定診断を受けた方の現在の治療・改善状況についてご記入ください。□ が必ず一致する人数になるようご記入下さい。

