

## SAS スクリーニング検査

## 平成 \_\_\_\_\_ 年度 検査の実績と受診者の判定比率

平成 年 月 日

(公社) 全日本トラック協会 会長 殿

トラック運転者の「睡眠時無呼吸症候群(SAS)」スクリーニング検査助成制度実施要綱第 15 条にもとづき、検査実績および治療状況を報告いたします。

|        |     |
|--------|-----|
| 医療機関名称 |     |
| 診療科名   |     |
| 住 所    | 〒 - |
| 代表者名   | 印   |

## SAS スクリーニング検査実績

名

年度内に【様式 1 - 2】をもとに実施したスクリーニング検査の実施人数をご記入ください。

## ・検査結果の判断基準に基づく受診者の判定人数と比率 (年間)

|      |   |   |
|------|---|---|
| A 判定 | 名 | % |
| B 判定 | 名 | % |
| C 判定 | 名 | % |
| D 判定 | 名 | % |
| E 判定 | 名 | % |
| 判定不可 | 名 | % |
| 合 計  | 名 | % |

受診者の判定結果と人数(例: A 判定〇名、B 判定〇名・・・)およびその割合をご記入ください。

※判定方法が異なる場合は、欄に別紙と記して別紙を添付してください。

SASスクリーニング検査

要精密検査と判定された方の治療状況等の報告

平成 年 月 日

SASスクリーニング検査の結果、要精密検査となった方

|          |
|----------|
| <b>名</b> |
|----------|

二次検査の結果、要精密検査となった方の人数をご記入ください。

※全国3指定検査機関の記入は以上です。各都道府県トラック協会指定検査・医療機関は、引き続きご記入ください。

要精密検査となった方のうち、医療機関を受診した人数

|          |
|----------|
| <b>名</b> |
|----------|

医療機関を受診した人数のうち、SASであると確定診断に至った方

|          |
|----------|
| <b>名</b> |
|----------|

精密検査の上、SASであると確定診断に至った方の人数をご記入ください。

SASと確定診断された方の治療状況

※同数

|           |      | 人数計 | 治療中<br>CPAP | 耳鼻科<br>治療中 | 歯科<br>治療中 | 生活<br>指導 | その他 | 未治療 | 治療後<br>改善 |
|-----------|------|-----|-------------|------------|-----------|----------|-----|-----|-----------|
| <b>合計</b> |      | 人   | 人           | 人          | 人         | 人        | 人   | 人   | 人         |
| <b>内訳</b> | 重症   | 人   | 人           | 人          | 人         | 人        | 人   | 人   | 人         |
|           | 中程度  | 人   | 人           | 人          | 人         | 人        | 人   | 人   | 人         |
|           | 軽度   | 人   | 人           | 人          | 人         | 人        | 人   | 人   | 人         |
|           | 他の疾患 | 人   | 人           | 人          | 人         | 人        | 人   | 人   | 人         |

精密検査の結果、SASと確定診断された方の現在の治療・改善状況についてご記入ください。

 、必ず一致する人数をご記入ください。