



睡眠時無呼吸症候群スクリーニング検査申込書

申込日：平成 年 月 日

一般財団法人運輸・交通 SAS 対策支援センター 宛て

私（検査申込者）は、一般財団法人運輸・交通 SAS 対策支援センターの「睡眠時無呼吸症候群スクリーニング検査」において、以下の同意事項に同意の上申し込み致します。

※ (フリガナ) 申 込 者 名	印
J A F 会 員 番 号	JAF 会員の方は必ずご記入ください。
※ 住 所	〒
※ 電 話 / F A X	電話 FAX
※ 日 中 の 連 絡 先	() 勤務先 名称 () 自宅 () 携帯 番号
E-mail アドレス	@
※ 検 査 希 望 時 期	年 月希望 *希望検査時期は原則、受付日の当該月、又は翌月でお願い申し上げます。 *検査機器の状況により希望に沿えない場合もあります。
職 業	
当センターの情報をどこでお知りになりましたか？以下の項目よりご選択ください 1.インターネット 2.紹介（紹介先： ） 3.雑誌、新聞等（雑誌名等： ） 4.TV ラジオ 5.JAF Mate 6.全日本トラック協会 7.その他	

※ 印は必ずご記入ください。

JAF 会員の方は会員番号を必ずご記入ください。

申込先送付先 (FAX 可)

一般財団法人運輸・交通 SAS 対策支援センター

〒160-0004 東京都新宿区四谷3丁目2-5 全日本トラック総合会館2階

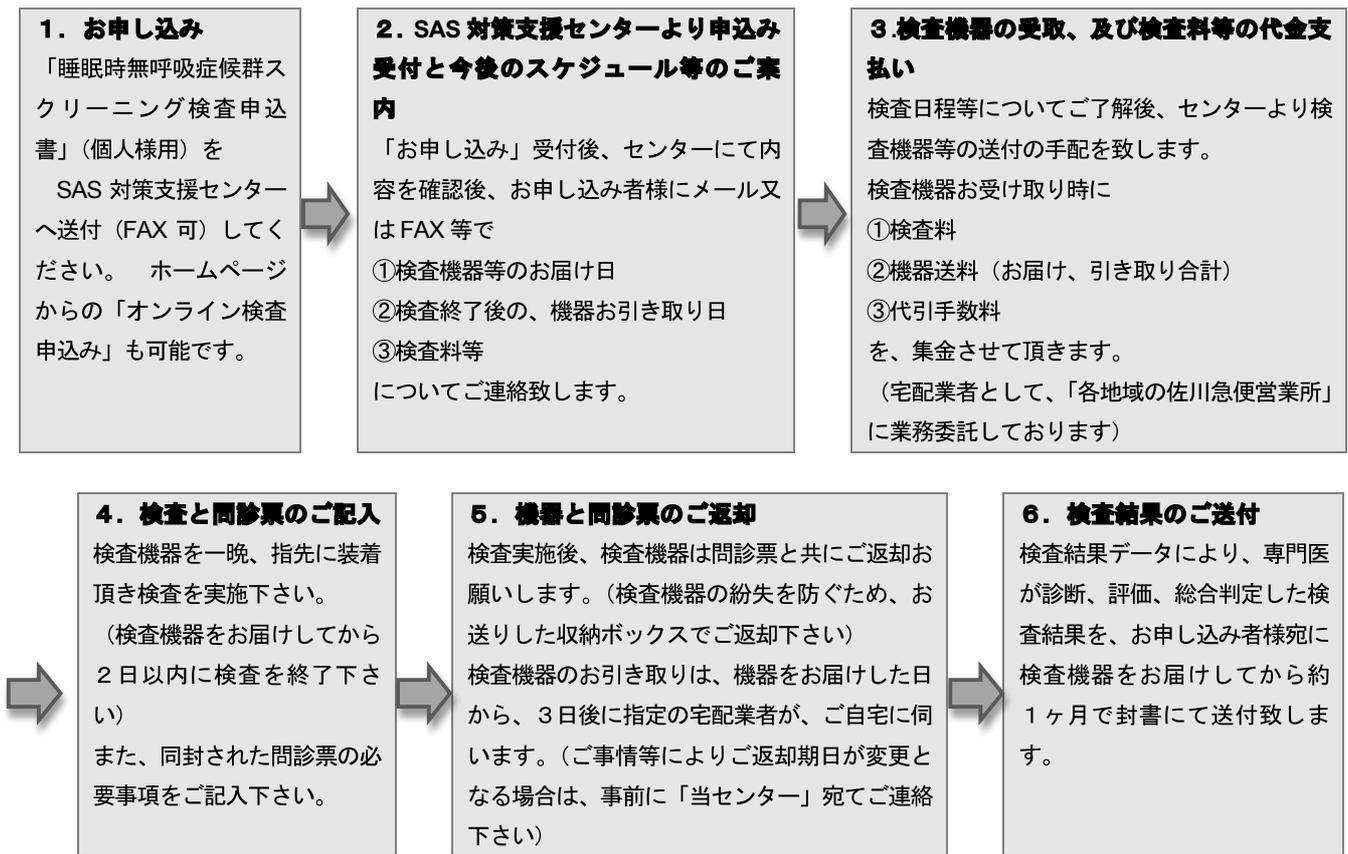
TEL 03-3359-9010 FAX 03-3356-5454

E-mail screening@sas-support.or.jp

【同意事項】

1. スクリーニング検査の結果、医療機関への受診が必要であればすみやかに受診します。
2. 貸出器具（パルスオキシメータ）は精密医療機器のため、取り扱いに注意します。不手際による破損、紛失については相当額の賠償を行います。
3. 貸出機器の返却を連絡なく遅延する場合は所定の延滞金を支払います。
4. 健康管理に努め、SAS スクリーニング検査後の医療機関の受診状況等を運輸・交通 SAS 対策支援センターより求められた時には報告します。
5. スクリーニング検査申し込み後、1 ヶ月以上にわたり検査日程の確定が出来ない場合には、検査の実施をキャンセルすることに同意します。(引き続き検査を希望する場合は、改めて検査申し込みをいたします)

■ **申し込みから検査までの流れ** —注意事項—



■ **スクリーニング検査費用 1 名当たり（消費税込み）**

検査方式（パルスオキシメトリ法）	通常検査
検査料	通常 5,140 円
検査機器送料 （お届け、お引取り分を含みます）	実費（消費税込み）
代金引換手数料	324 円（消費税込み）

■ **スクリーニング検査方法**

パルスオキシメトリ法	
	<p>検査方法 指先に付けたセンサにより、睡眠中の動脈血の酸素量をモニタリングし、睡眠中の無呼吸や低呼吸に伴う酸素量の低下回数から呼吸障害の程度を客観的に把握します。</p>
	<p>利点・特長 パルスオキシメータによる SAS のスクリーニング検査は、簡便で、自宅における日常環境での検査が可能です。指先で測るので、アレルギーの方や、鼻づまりの場合でも測定可能です。</p>