【様式１－２】

会員事業者 → NPO法人ヘルスケアネットワーク（OCHIS）
【東京オフィス】 〒101-0052 東京都千代田区神田小川町1-3-1 NBF小川町ビルディング4階
（一社）専門医ヘルスケアネットワーク事務局内
【大阪オフィス】 〒536-0014 大阪市城東区鴫野西2-11-2 大阪府トラック総合会館3階

トラック運転者の睡眠時無呼吸症候群に係る **スクリーニング検査申込書兼委任状**

ＮＰＯ法人　ヘルスケアネットワーク　殿　　年　　月　　日

事業者名			
代表者名			
連絡責任者 （日中連絡が取れる方）	役職	氏名	
住所	〒　　－		
電話番号		FAX番号	
E-mailアドレス			
申込合計人数	名	備考	
請求書の 送付方法	☐ 原本（紙）を送付 ☐ メールで送付　※原本の送付は致しません		
運輸ヘルスケアナビシステム®を導入して いますか（全日本トラック協会事業）	☐ している　☐ する予定　☐ していない		

1. 私（申込者）は、睡眠時無呼吸症候群（以下「SAS」という。）のスクリーニング検査申込にかかる一切の事務及びSASスクリーニング検査結果の受領については、上記事業者に委任致します。また、検査の結果、「精密検査が必要」と判断された場合は、SASが原因と思われる労働災害事故を未然に防止することから検査・医療機関ならびに事業者の指導に従うことを同意致します。
2. 私（事業者）は、申込者の検査結果から得た個人情報の保護に充分配慮するとともに、検査結果を理由に、解雇や配置転換など申込者の不利益の無いようにすることを同意致します。
3. 私（事業者、申込者）は、SASスクリーニング機器の取り扱いについては充分注意致します。なお、不手際により破損、紛失等が生じた場合は相当額を賠償致します。
4. 正本は検査・医療機関に提出し、事業者は写しを保管する。なお、申込者より本状の写しを求められたときは当該者の欄のみの写しを渡す。

※　検査・医療機関及び事業者は、個人情報保護法にもとづき、本状の取り扱いについて目的外利用並びに紛失、流失などの無いよう充分注意すること。

No.	申込者氏名	ふりがな	同意年月日
1			年　月　日
2			年　月　日
3			年　月　日
4			年　月　日
5			年　月　日
6			年　月　日
7			年　月　日
8			年　月　日
9			年　月　日
10			年　月　日
11			年　月　日
12			年　月　日
13			年　月　日
14			年　月　日
15			年　月　日
16			年　月　日
17			年　月　日
18			年　月　日
19			年　月　日
20			年　月　日

（注）都道府県トラック協会への申請（様式１－１）の提出はお済みでしょうか。
事前の申請がない場合は、助成が受けられない場合がありますので、ご注意ください。

◆検 査 内 容

パルスオキシメータによる検査　＋　睡眠に関するアンケート

指先のセンサより睡眠中の血中酸素飽和度と心拍数を測定し、無呼吸・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。

※判定には**4時間以上の連続した睡眠データが必要です。**必ず4時間以上睡眠を取ってください。

判定	
A	異常なし
B	身体に異常のないレベルの酸素飽和度の若干変動
C	身体に異常のないレベルの酸素飽和度の変動。強い眠気の場合は精密検査を
D、D+	要精密検査 ※D+は重症の疑い
G	その他の呼吸器疾患の疑い
R	測定不能のため要再検査

◆検 査 費 用

￥5,000+税　**【お一人様あたり】**

◆送 料

申込人数	発送時	返却時
6名から	無料（当法人負担）※1	申込者負担
5名まで	1,000円+税 ※2	申込者負担

※1　6名以上のお申込みでも、一度の発送で5名までの場合送料を頂戴いたします。
※2　北海道・沖縄・離島は1,800円＋税を頂戴いたします。

◆貸 出 期 間 (目 安)

機器１台 につき	機器が事業所に到着してから 発送する日まで（お手元に機器がある日数）
1名検査	3日間
2～3名検査	7～10日間

※左記以上の貸出日数を要する場合は**最大１０日までの長期貸出料金**を別途頂戴いたします。受検者様のシフト等をご確認の上、貸出日を設定なさってください。
【長期貸出料金】
機器１台につき１日延長ごとに＋３００円+税

◆キ ャ ン セ ル 料 ・ 延 滞 金

- 申込書の人数に変更があった場合は当法人から機器を発送する予定日の前日までにご連絡ください。この時点でのキャンセル料は発生いたしません。
- 機器発送後のキャンセルはキャンセル料として検査費用の100%を請求させていただきます。
- 機器の返却予定日は事前に担当者と十分に打ち合わせをした上で決定しております。機器の遅滞につきましては、返却予定日の翌日から延滞金（１日500円+税）が発生いたします。

◆機 器 破 損 ・ 紛 失

- 検査機器パルスオキシメータは精密医療機器の為、取り扱いには十分ご注意ください。
- 機器が届いたら機器を確認していただき、破損や不具合があればすぐに連絡してください。ご連絡なく返却された機器が破損していた場合は相当額の賠償をいただくことがあります。
- 不手際による機器の破損・紛失については相当額を賠償いただくことがあります。
  【参考価格：本体180,000(税別）、プローブ（センサ部分）48,000円(税別）】

◆検 査 の 流 れ

1.お申込み
「睡眠時無呼吸症候群(SAS)スクリーニング検査申込書兼委任状」を以下の方法でお送りください。

FAX：06-6965-5261　　**メール添付：sas@ochis-net.com**

2.検査日の調整
当法人で申込書を確認後、機器発送日、返却日等の調整のため、申込担当者にご連絡いたします。
決定後に受付確認表（FAX/メール）をお送りします。
（申込書には日中連絡の取れるご担当者と電話番号のご記入をお願いいたします）

3.検査機器、請求書送付
検査機器、「睡眠に関するアンケート」、請求書が申込担当者に送付されます。
届きましたら機器を確認していただき、破損や不具合があれば、すぐに当法人までご連絡ください。
※ご連絡なく返却された機器が破損していた場合は相当額の賠償をいただくことがあります。

検査費は請求書に記載の期日までにご入金ください。入金確認後、領収書をお送りします。

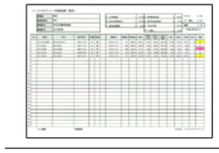
4.検査実施
申込担当者は、検査者に機器と「睡眠に関するアンケート」を渡してください。
検査者は検査機器を装着して一晩検査を実施し、「睡眠に関するアンケート」を記入してください。
※判定には**4時間以上の連続した睡眠データが必要です。**必ず4時間以上睡眠を取ってください。

5.機器と「睡眠に関するアンケート」の返却
申込担当者は「睡眠に関するアンケート」の記入、機器破損がないか等をチェックリストに従って確認し、期日内に返却してください。返却が遅れる場合は速やかにご連絡ください。返却予定日を過ぎますと延滞金が発生しますのでご注意ください。

6.検査結果送付
返却された検査データを専門医が判定します。機器返却から2～3週間で申込担当者に**結果**と、助成金申請に必要な**検査費明細書**を送付します。助成金申請は事業者が行ってください。
※結果や検査費明細書は基本的に再発行致しません。無くさないように保管してください。
　どうしてもご希望の場合は、一定の条件を満たした場合のみ手数料を頂戴して再発行をいたします。

【事業者用報告書類】

結果一覧表
（管理簿としてお使いください）



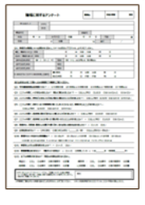
SAS精密検査のご案内
（D、D+判定者がおられた場合のみ）

検査費明細書

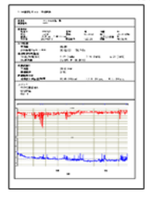
【検査者用報告書類】　※個別に封筒にお入れします

判定結果

睡眠に関するアンケート（返却）



パルスオキシメータ解析表



紹介状
（D,D+判定者のみ）