

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

令和 年 月 日

トラック運転者の睡眠時無呼吸症候群に係る
令和2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。

