

【様式1-5】

(会員事業者 → 都道府県トラック協会 → 全ト協)

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結果状況等の報告

平成 年 月 日

_____トラック協会 会長 殿

このアンケート調査票は、スクリーニング検査終了後、3ヶ月以内に所属の都道府県トラック協会にご提出ください。

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りますこと、あらかじめご了承ください。

事業者名	
代表者名	印
住所	〒 -
電話番号	
記入者名	印

切
り
取
り
線

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 ①の結果、要精密検査と判定された方の人数	人
③ ②のうち、医療機関を受診した人数	人
④ ③のうち、SASと確定診断を受けた方の人数	人

※同数

SASと確定診断を受けた方の治療状況

		人数計	治療中 CPAP	耳鼻科 治療中	歯科 治療中	生活 指導	その他	未治療	治療後 改善
合計		人	人	人	人	人	人	人	⇒ 人
内訳	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

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。

□には、必ず一致する人数をご記入ください。

1/2