



NPO法人ヘルスケアネットワーク

睡眠時無呼吸症候群(SAS)スクリーニング検査 申込書・同意書

【事業者→ (公社) 奈良県バス協会→OCHIS】 申込日：20 年 月 日

| | | |
|--|---|-----|
| ふりがな 事業所名 <small>(支店・営業所名もご記入下さい)</small> | | |
| 代表者名 | | |
| 住所 | (〒 -) | |
| 連絡先 | TEL | FAX |
| 申込 担当者 | 所属 | 役職 |
| | ふりがな 氏名 | |
| | E-mail : | |
| 検査予定人数 名 <small>※申し込みの状況により検査をお待ちいただくことがあります。</small> | 請求書を電子対応 でご希望の場合 どちらかをお選びください <small>※電子対応の場合、基本的に請求書原本の郵送は致しません。</small> <input type="checkbox"/> 申込担当者のメールアドレスにPDF添付で送付 <input type="checkbox"/> 経理システムのクラウドサービスにアップロード | |
| バス協会印欄 | | |
| 当法人のホームページに「SAS検査実施事業所様」として、御社のお名前を掲載してもよろしいでしょうか？ <input type="checkbox"/> よい <input type="checkbox"/> よくない | | |

私(検査申込者)は、NPO法人ヘルスケアネットワークの睡眠時無呼吸症候群(SAS)スクリーニング検査において、以下の同意事項に同意し、検査に伴う注意事項等を確認の上、申込みます。

◆ 同意事項

- ① 個人情報の取り扱いについては、その保護等十分な配慮を行います。
- ② 疑SAS、SAS判定者の運転者については業務から外すなど、個人的な不利益のないようにします。
- ③ 医療機関への受診が必要な者には、運行管理上の配慮など受診しやすい環境づくりに努めます。
- ④ 貸出機器のパルスオキシメータは精密医療機器のため、取扱いに注意します。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。
- ⑤ パルスオキシメータの使用期間を遅延する場合は所定の延滞金を支払います。
- ⑥ 事故防止と健康管理に努め、SASスクリーニング検査後の受診状況等を求められた時には報告します。

※当法人のプライバシーポリシーについてはHP(<https://www.ochis-net.jp/privacy>)よりご確認ください。

◆ 検査についての問い合わせ先

NPO法人ヘルスケアネットワーク (OCHIS)
〒536-0014 大阪市城東区鳴野西2丁目11番2号 大阪府トラック総合会館3階
TEL : 06-6965-3666 FAX : 06-6965-5261
メール : sas@ochis-net.com

◆ 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 |
| 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、複数拠点へ発送する場合は、1か所あたり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して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・同意書」を奈良県バス協会にお送りください。奈良県バス協会よりOCHISに協会印が押された申込書が送られます。

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。



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。

検査費は請求書記載の期日までにご入金ください。

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**を送付します。※検査費用の入金確認後に、「受検確認書」と領収書を送付します。

※結果や受検確認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)

全国のSAS精密検査実施医療機関の一覧表が付いています。

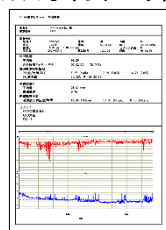
【検査者用報告書類】 ※個別に封筒にお入れします

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)