

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

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。

【検査・医療機関についてのアンケート】

<SASについて>

Q 1. 会社でSAS検査受診を実施された理由をお聞かせください。(複数回答可)

該当の番号に○印をご記入ください。その他の場合は理由をご記入ください。

- | | |
|-------------------|----------------------|
| 1 事故防止に必要なだから | 2 労務(健康)管理に必要なだから |
| 3 経営者・管理者の方の意向 | 4 SASが気になるドライバーがいるから |
| 5 国土交通省からの通達があるから | |
| 6 その他 () | |

<SASスクリーニング検査を受診した検査・医療機関の対応について>

Q 2. スクリーニング検査を受診した医療・検査機関の対応はいかがでしたか。

該当の番号に○印をご記入ください。

- | | | |
|-----------|-----------|-----------|
| 1 とてもよかった | 2 よかった | 3 どちらでもない |
| 4 悪かった | 5 とても悪かった | |

Q 3. 医療・検査機関に対するご意見・ご要望があればご記入ください。

()

<SASを治療中、またはこれから治療を始めようとしている従業員の方について>

Q 4. 社内で、既にSAS治療を実施されている、またはこれから治療を始めようとしている従業員の方はいらっしゃいますか。

該当の番号に○印をご記入ください。

- | | |
|------------------|----------------------|
| 1 いる(Q5にお進みください) | 2 いない(これでアンケートは終了です) |
|------------------|----------------------|

Q 5. SASの治療中、またはこれからSASの治療を始めようとしている従業員の方に対し、運行管理面でどのような対応を行っていますか。(複数回答可)

該当の番号に○印をご記入ください。その他の場合は理由をご記入ください。

- | | |
|------------------------------------|--|
| 1 点呼時に眠気がなかったか、報告を求めている | |
| 2 時間的に余裕のある業務に優先的に配置している(または奨めている) | |
| 3 通院のための休暇を与えている | |
| 4 治療期間中に限り、配置転換を行っている(または奨めている) | |
| 5 治療費の助成を行っている | |
| 6 その他 () | |

アンケートは以上です。ご協力ありがとうございました。