全ト協指定　検査・医療機関

○ＮＰＯ法人　ヘルスケアネットワーク
〒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
ＴＥＬ：（０６）６９６５－３６６６

○ＮＰＯ法人　睡眠健康研究所
〒156-0042　東京都世田谷区羽根木１－２５－１６
ＴＥＬ：（０３）５３５５－９９４１

○一般財団法人　運輸・交通ＳＡＳ対策支援センター
〒160-0004　東京都新宿区四谷３－２－５　全日本トラック総合会館２階
ＴＥＬ：（０３）３３５９－９０１０

大ト協指定　検査・医療機関

○医療法人徳洲会　野崎徳洲会病院
〒574-0074　大東市谷川２－１０－５０　　ＴＥＬ：（０７２）８７４－１６４１

○たなか睡眠クリニック
〒600-8006　京都市下京区四条通柳馬場西入立売中之町９９ 四条ＳＥＴビル５階
ＴＥＬ：（０７５）２５７－１２８７

○医療法人医誠会　医誠会病院
〒533-0022　大阪市東淀川区菅原６－２－２５
ＴＥＬ：（０６）６３２６－１１２１

○医療法人医誠会　摂津医誠会病院
〒566-0021　大阪府摂津市南千里丘１－３２
ＴＥＬ：（０６）６３１９－０５３１

○医療法人正幸会　正幸会病院
〒571-0055　大阪府門真市中町１１－５４　ＴＥＬ：（０６）６９０５－８８３３

○大阪本町メディカルクリニック
〒541-0052 大阪市中央区安土町３－３－５ イケガミビル５階
ＴＥＬ：（０６）６２６６－７００１

○かわもと医院
〒535-0005 大阪市旭区赤川４－１－３９　ＴＥＬ：（０６）６９２８－８００１

○森上内科糖尿病クリニック
〒578-0961 東大阪市南鴻池町２－２－１２大阪市旭区赤川４１３９
ＴＥＬ：（０６）６７４６－０５５５

○塩田医院
〒596-0825 岸和田市土生町５－１－３４　プリマード東岸和田１Ｆ
ＴＥＬ：（０７２）４２８－３８００

○医療法人義方会大津病院
〒554-0051 大阪市此花区西島２－１－１５
ＴＥＬ：（０６）６４６３－５１５１

NPO法人 ヘルスケアネットワーク
TEL： 06-6965-3666
FAX： 06-6965-5261

≪睡眠時無呼吸症候群（SAS）検査の流れと治療≫

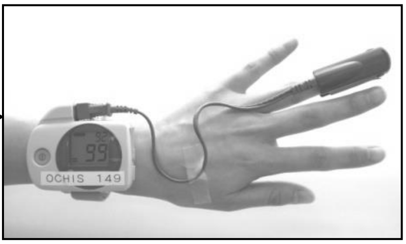
●【助成金対象】 ヘルスケアネットワークでの検査

検査内容

睡眠に関するアンケート ＋ パルちゃん（*1）による検査

（SAS専門医による判定）

*1・パルちゃん（パルスオキシメータ）
酸素飽和度（酸素の血中濃度）・心拍数を測定する医療検査機器。
寝ている間に手首と指先に着けて一晩測定する。



↓

精密検査（D・D＋判定）対象者
★*SAS専門医紹介*
★*紹介状の無料作成*

↓

●【保険診療】 医療機関での精密検査と治療

*2・PSG検査
診断の確定、重症度を判定する検査。
1泊の検査入院で、脳波や心電図、呼吸、腹部、酸素、体位センサー、いびき判定マスクを取り付けて呼吸の状態を調べる。
検査費は保険診療の3割負担で18,000円～25,000円。（各医療機関により異なる）

*3・CPAP（シーパップ）
睡眠時に鼻マスクをつけ、空気で気道に陽圧をかけることで気道を広げ、無呼吸を防ぐ治療法。1～2ヶ月に1回の通院が必要で、保険診療の3割負担で1ヶ月5,000円程度。

外来診察

↓

PSG検査（*2）

↓

治　療

- CPAP（*3）
- マウスピース（歯科専門医）
- 手術（耳鼻咽喉科）
- 生活指導
- 経過観察

（公社）全日本トラック協会ＳＡＳ対策事業受託法人

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

申込日：20　　年　　月　　日

所属支部	大阪府トラック協会　　　　支部	
ふりがな 事業所名 (支店・営業所名もご記入下さい)		
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 ※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。	**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 ※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。 □申込担当者のメールアドレスにPDF添付で送付 □申込事業所の経理システムのクラウドサービスにアップロード	

検査料金	**￥5,000【税込 ￥5,500／お一人様あたり】 睡眠に関するアンケート+パルスオキシメータによる検査** ※助成金の申請は、検査終了後に事業者様が行ってください。当法人から申請することはありません。 OCHISのスクリーニング検査は「第1次検査及び第2次検査を同時に実施している場合」に該当します。
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？　□ よい　□ 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延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。
※送料、貸出期間等の検査に関する詳細や注意事項はHP（ https://sas.ochis-net.jp/gaiyo/ ）をご確認ください。

◆申 込 書 送 付 先

NPO法人ヘルスケアネットワーク（OCHIS）《問合せ：06-6965-3666》

FAX（06-6965-5261）または、メール添付（ sas@ochis-net.com）でお送りください

cace