

睡眠時無呼吸症候群（SAS） 企業検診のお薦め

睡眠時無呼吸症候群（SAS）は、眠気のために仕事の能率が低下したり、産業事故を誘発したりすることから社会問題となっています。

また、高血圧・糖尿病・高脂血症などを誘発し、動脈硬化を引き起こすことが心筋梗塞・脳梗塞などの重大な疾患につながる可能性があり、結果として医療費もかさむようになることが懸念されています。

企業にとって、大切な従業員が病に倒れることを予防し、企業としてイメージを保ちながら余分な経費を節減することが急務です。



〈お申し込みの流れ〉

企業様のご担当者様より申し込み



企業様へ検査機器一式を郵送



従業員様に検査機器を配布いただき、睡眠時に検査を実施



従業員様から検査機器を回収いただき、ご担当者様より郵送返却



後日、専門医師による検査結果レポートをご担当者様に郵送

〈SAS 健診のお問合せ・お申し込みは〉

医療法人友広会 大阪本町メディカルクリニック

TEL 06-6266-7001 FAX 06-6266-7002

Email honmachi-clinic@tomohirokai.or.jp

〈検査内容〉

小型の機器を取り付けて、ご自宅で普段通りに一晩睡眠していただき、酸素飽和度・脈拍数などを調べます。指にセンサー類を装着しますが、痛みを伴う検査ではなく、機器の取り扱いも簡便ですので安心して受診していただけます。

検査機器及びセンサー装着イメージ



〈結果のご報告・説明〉

検査結果は、睡眠医療専門の技師・専門の医師の判定の元、診断・精密検査・治療必要性を含めレポートでお返し致します。

要精密検査となった場合は、睡眠医療専門クリニックの大阪本町メディカルクリニックにて精密検査・確定診断・治療・経過観察をさせていただきます。また、全国の専門医療機関のご紹介も可能です。

〈費用〉

1名 4,800円（送料をすべて含みます。税別）

〈SAS 健診のお問合せ・お申し込みは〉

医療法人友広会 大阪本町メディカルクリニック
TEL 06-6266-7001 FAX 06-6266-7002
Email honmachi-clinic@tomohirokai.or.jp

睡眠時無呼吸症候群（S A S）簡易検査 申込書・同意書

令和 年 月 日

事業所名					
支店・営業所名					
所在地					
担当者	部署			役職	
	氏名				
連絡先		TEL			FAX
		e-mail			
予定人数					
HP の掲載		当クリニックの HP 等に「SAS 検査実施事業所様」として御社の企業名を掲載してもよろしいでしょうか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			

■検査内容

パルスオキシメーターによる検査

睡眠時無呼吸症候群(SAS)検査を実施するにあたり、下記のとおり同意いたします。

はい いいえ

- ① 記入いただいた個人情報の取り扱いは各種健康診断の利用情報及び実績管理のために利用いたします。
- ② 記入いただいた個人情報を第三者に提供することはありません。
- ③ 貸出器具のパルスオキシメーターは精密医療機器のため、取り扱いに注意すること。
特に、医療機器を落としたり、センサー部分を水に濡らしますと医療機器は破損します。
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。

医療法人友広会 大阪本町メディカルクリニック
 TEL 06-6266-7001 FAX 06-6266-7002
 Email honmachi-clinic@tomohirokai.or.jp

受診申込者名簿

No	所属	フリガナ 氏名	性別	生年月日 (西暦)	医療機器 No
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

医療機器 No につきましては、申し込み時には記入不要です。