

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 西暦 年 月 日

ふりがな 事業所名			
代表者名			
住所	(〒 -)		
連絡先	TEL	FAX	
申込 担当者	所属 氏名(ふりがな) e-mail		
検査予定人数	名		
貸出希望日	年 月 日	～	年 月 日
その他ご希望			

《 説明と同意書 》

以下すべての項目について確認後、□をお願いいたします。

- 本検査は、睡眠時無呼吸症候群(SAS)について、自宅にて簡易に検査する方法です。疾患診断ではありません。
- 別紙の検査の流れ、検査内容、費用について、よく確認してください。
- 本検査により、要精密検査の判定者については、専門医療機関の受診への配慮をお願いいたします。
- 貸出し機器のパルスオキシメータは、精密医療機器のため、取扱いは十分注意してください。不手際による破損、紛失などについては、相当額の賠償が生ずる場合があります。
- あらかじめ設定した機器の貸与期間をお守りください。期間延長の場合は、延滞金(1台1日550円)が発生します。
- 結果の通知は返却後1週間後となります。

ミーシャ三ヶ森クリニック 院長 小畠 泰子殿

私は、上記の説明書を読み、内容を理解しました。

睡眠時無呼吸症候群(SAS)簡易検査を受けることを希望します。

同意年月日 : 西暦 年 月 日

代表者(申込者)署名 :



ミーシャ三ヶ森クリニック