

公益社団法人 神奈川県薬剤師会 健康測定機器等貸出要領

(趣旨)

第1条 この要領は、健康相談等に活用するため公益社団法人神奈川県薬剤師会（以下「本会」という。）が管理する健康測定機器等の貸出しに関し、必要な事項を定める。

(貸出対象者)

第2条 本会が貸出しを行う対象者は、次に掲げるとおりとする。

- (1) 本会定款第12条第2項に定める地域薬剤師会及び職域薬剤師会。
- (2) 本会の会員が開設又は勤務する薬局等。
- (3) 本会が認定したくすりと健康相談薬局。
- (4) その他、本会が特に認めたもの。

(貸出機器等の対象物)

第3条 本会が貸出しを行う健康測定機器等（以下「機器」という。）は、別表のとおりとする。なお、別表のうち区分Bは、くすりと健康相談薬局へ優先的に貸出すための機器（以下「優先機器」という。）とする。

(貸出管理)

第4条 管理は事務局が行うこととし、健康測定機器等貸出簿（様式1）により管理する。

(貸出期間)

第5条 機器の貸出しを行う場合の期間は、貸出日から起算し、7日間以内とする。ただし、本会が必要と認めるときは、この限りでない。

(貸出しの申込み)

第6条 機器の貸出しを希望する者は、貸出しを希望する日（以下「希望日」という。）の5か月前の日の属する月の初日から希望日の10日前までの間に、健康測定機器等貸出申込書（様式2）（以下「申込書」という。）を本会に提出することができる。

- 2 前項に関わらず、第2条第1号に該当する者にあつては、希望日の6か月前の日の属する月の初日から申込書を提出することができる。
- 3 前2項に拘らず第2条第3号に規定されたくすりと健康相談薬局が優先機器の貸出しを希望する場合は、希望日の7か月前の日の属する月の初日からその翌月の末日までの間に、申込書を提出することができる。
- 4 優先機器については、希望日の5か月前の日の属する月の初日から第2条第1号及び第2号で規定する者が申込書を提出することができる。

(貸出しの承認)

第7条 本会は、前条の規定による申込みがあった場合は速やかに貸出しの承認の是非を判断するものとする。なお、前条の申込みにおいて、機器の貸出し期間が重複する複数の申込みがあった場合には、原則として先に申込書を提出した者を優先するものとする。

2 本会は、機器の貸出しを承認するときは健康測定機器等貸出承認書(様式3)(以下「承認書」という。)を交付するものとし、承認しないときはその旨を申込者に通知しなければならない。

3 本会は、機器の貸出しを承認するにあたり、その承認する数量を減じることができる。

(貸出しの制限)

第8条 本会は、次の各号のいずれかに該当するときは、貸出しを認めない。

- (1) 本会の行事又は業務に支障があるとき。
- (2) 機器を損傷する恐れがあると認めたとき。
- (3) 営利又は営業宣伝を目的とするとき。
- (4) 特定の宗教団体及び政党が使用するとき。
- (5) その他、本会が不相当と認めたとき。

(貸出しに係る費用)

第9条 機器の貸出しに係る費用は、無料とする。

ただし、返却に要する費用及び機器の使用に伴う消耗品等に係る費用は、貸出しを受けた者が負担する。

(貸出期間及び返却)

第10条 貸出期間は、承認書記載の期間とし、貸出期間を延長する必要があるときは、改めて申込書を提出し、承認を受けなければならない。

2 貸出期間中の転貸は認めない。

3 貸出期間中であっても機器の返却を求められたときは、ただちに応じなければならない。

(損害賠償等)

第11条 貸出しを受けた者が当該機器を滅失などした場合は、次に掲げるとおりとする。

- (1) 貸出しを受けた者は、当該機器を滅失し、又は毀損したときは、遅滞なくその旨及び理由を本会に報告しなければならない。
- (2) 貸出しを受けた者は、前号の滅失又は毀損がその責めに帰すべき理由による場合は、本会の指示に従いその負担において修理し、または本会が相当と認める額を弁償しなければならない。

(3) 貸し出した機器により事故が発生しても、本会はその責めを負わない。

(改廃)

第12条 この要領の改廃については会長が定める。

附 則

(施行)

1 この要領は、平成30年5月10日から施行する。

2 この要領の制定によって公益社団法人神奈川県薬剤師会健康測定機器等貸出規則は廃止する。

神奈川県薬剤師会 貸出健康測定機器等表

令和4年6月

区分 A

機器名	商品名 (メーカー)	機能等	電源	台数	備考
脳年齢・血管年齢・ 健美瘦チェック器	らくらく ウェルネス (株)ウエルアップ)	タッチパネル式 3測定プログラム内蔵(脳 年齢計、血管年齢測定シス テム、健康ナビ) 41(W)×36(D)×35(H)cm インクジェットプリンタ付 45(W)×25(D)×13(H)cm	AC電源	1	
血管年齢計	メディカル アナライザー (株)ピーテック)	タッチパネル式 測定箇所：指先 動脈の血流量を赤外光セ ンサーにより測定 プリンター内蔵タイプ 27(W)×13(D)×33(H)cm	AC電源	1	感熱記録紙 (1巻80名程度)
肺年齢計	スパイロシフト SP-370COPD (フクダ電子株)	タッチパネル式 COPD診断 ※COPD(慢性閉塞性肺疾 患)の重症度を4分類測定 プリンター内蔵タイプ 25(W)×25(D)×12(H)cm	AC電源	1	マウスピース (1箱100 個) 感熱記録紙 (1巻100名程 度)
血圧計	スポットアーム HEM-1025 (オムロン株)	血圧値レベル表示 可動式腕帯 18(W)×25(D)×21(H)cm	AC電源 又は 単3乾電池4本	1	
環境放射線 モニタ	Mr.Gamma ミスター・ガンマ (クリアパルス株)	測定線種：γ線 7.5(W)×13.5(D)×2.7(H)cm	単3乾電池 2本	1	
	Radi ラディ (株)堀場製作所)	測定線種：γ線 6.8(W)×12.1(D)×2.8(H)cm	単3乾電池 2本	1	

神奈川県薬剤師会 貸出健康測定機器等表

令和4年6月

区分 B (くすり与健康相談薬局 優先貸出機器)

機器名	商品名 (メーカー)	機能等	電源	台数	備考
脳年齢・血管年齢・ 健美瘦チェック器	らくらく ウェルネス (株)ウエルアップ)	タッチパネル式 3測定プログラム内蔵(脳 年齢計、血管年齢測定シス テム、健康ナビ) 41(W)×36(D)×35(H)cm インクジェットプリンタ付 45(W)×25(D)×13(H)cm	AC電源	1	
血管年齢計	メディカル アナライザー (株)ピーテック)	タッチパネル式 測定箇所：指先 動脈の血流量を赤外光セ ンサーにより測定 プリンター内蔵タイプ 27(W)×13(D)×33(H)cm	AC電源	1	感熱記録紙 (1巻80名程度)
骨健康測定器	骨ウェーブ (有)ライブエイド)	測定箇所：手首 表示内容：5段階測定 プリンター内蔵タイプ 41(W)×38(D)×20(H)cm	AC電源	1	感熱記録紙 (1巻120名程度)
肺年齢計	スパイロシフト SP-370COPD (フクダ電子株)	タッチパネル式 COPD診断 ※COPD(慢性閉塞性肺疾 患)の重症度を4分類測定 プリンター内蔵タイプ 25(W)×25(D)×12(H)cm	AC電源	1	マウスピース (1箱100 個) 感熱記録紙 (1巻100名程 度)
心と身体の バランス測定器	マインドチェッカー (有)ライブエイド)	タッチパネル式 測定箇所：額、手のひら プリンター内蔵タイプ 28(W)×30.5(D)×38(H)cm	AC電源	1	感熱記録紙

肌の年齢測定器	肌年齢計 (有ライブエイド)	タッチパネル式 測定箇所：頬、手のひら プリンター内臓タイプ 28(W)×30.5(D)×30.5(H)cm	AC 電源	1	感熱記録紙
心血管指標 AVI・API& 血圧測定	パセーサⅢ (株志成データム)	可動式腕帯 20.3(W)×27.7(D)×28(H)cm インクジェットプリンタ付 39.2(W)×26.4(D)×14.8(H)cm	AC 電源	1	
認知機能 セルフチェッカー	FOVE-HC1000 (株FOVE)	VR 視線追跡 30(W)×16(D)×41(H)cm モバイルプリンター付 30.2(W)×15.3(D)×5.5(H)cm	AC 電源	1	

公益社団法人 神奈川県薬剤師会

年 月 日

公益社団法人 神奈川県薬剤師会会長 様

申込者 団体名 _____
代表者名 _____
※区分を○で囲んでください。
区分 薬剤師会・会員薬局・くすりと健康相談薬局
会員番号 _____
住所 _____

電話番号 _____

神奈川県薬剤師会 健康測定機器等貸出申込書

公益社団法人神奈川県薬剤師会貸出要領を了承の上、貸出しを申込みます。

1. 貸出希望機器名及び使用見込人数

機器名	使用見込人数・箇所	優先順位

2. 利用目的 _____

3. 利用期間 _____年 _____月 _____日() ~ _____年 _____月 _____日()
(県薬からの発送日・県薬への到着(返送)日を含んだ日付をご記入ください)

4. 貸出機器送付先

住 所: 〒 _____

氏 名: _____

電話番号: _____

令和 年 月 日

申込者 様

公益社団法人 神奈川県薬剤師会会長

神奈川県薬剤師会 健康測定機器等貸出承認書

平成 年 月 日付けで申請のありました健康測定機器等の貸出しを以下の条件を付して承認します。

機器名	備考
	当会発送予定日：令和 年 月 日 () 当会到着予定日：令和 年 月 日 ()

※骨健康測定器をご使用の際は、音響スプレー(肌水などのスプレー式化粧水で代用できます)を貸出先でご用意ください。

貸出期間 令和 年 月 日 () ~ 令和 年 月 日 ()
(当会からの発送日・当会への到着(返送)日を含みます)

1. 貸出期間を厳守してください。
2. 貸出機器等の転貸は、一切禁止します。
3. 貸出機器等を滅失、毀損した場合は、負担を求めることがあります。
4. 貸出機器等は大切に使用することとし、返却時には清掃、点検し返却してください。
5. 返却にかかる費用などは、貸出しを受けた者の負担となります。

担当：事業課

TEL：045-761-3241

FAX：045-751-4460

E-Mail：jigyou-ka@mail.kpa.or.jp