福島県難病相談支援センターパルスオキシメータ貸与事業要領

１ 目的

難病相談支援センターにパルスオキシメータ（動脈血酸素飽和度）を整備し、呼吸困難をきたす難病患者へ一定期間貸与することにより、在宅での健康管理の一助とし、在宅療養を支援する。

２ 実施主体

福島県

３ 対象者

県内に居住し、在宅療養生活を送る難病患者（厚生労働省難治性疾患克服研究事業及び小児慢性特定疾患治療研究事業対象疾患）のうち呼吸困難をきたしている者。

４ 整備場所

福島県難病相談支援センター（パルスオキシメータ4台）

５ 貸与期間

原則3か月以内とする。

６ 申請方法等

① 利用を希望する者は別紙「パルスオキシメータ貸与申請書」を難病相談支援センターあて送付する。

② 難病相談支援センターは申請内容を確認の上、貸与を決定し、利用を希望する者へ送付する。

③ 利用を受けた者は、購入等の理由により貸与の必要がなくなった時、又は貸与期間が終了した際は下記に留意し、難病相談支援センターへ返送する。

７ 利用時の留意事項

① 利用を希望する者は事前に難病相談支援センターへ電話連絡し、申請書を送付すること

② 返送時は説明書も併せて添付すること

③ 返送時は電池を交換すること

④ 福島県は、県（難病相談支援センター）が貸与する機器によって利用者に生じた一切の障害について、いかなる責任も負わない

８ 利用料金　　無料

９ 申込み先

福島県難病相談支援センター

住　　所　〒960-8670　福島市杉妻町2－16（県庁本庁舎1階）

電話番号　024－521－2827

FAX 番号　024－521－2829