

医療機器 保守点検チェックシート



該当品目名:レフィーノ

※点検・お手入れ方法については添付文書及び使用説明書などをご参照ください。

医療機関名:		ユニット名:		製造番号(チェアー):		
点検日:		点検者:		医療機器安全管理責任者:		
点検OK:		レ	点検NG:	×	該当せず:	—

項目	内容	結果	処置及び対応
全般	外装・シートなどに外れ・緩みや破損・折損はありませんか。		
アシスタントユニット	シリンジの水/エアは出ますか、漏れはありませんか。		
	バキューム・エジェクター(排唾管)は吸引しますか。		
	コップの水は出ますか、量は適切ですか。		
	コップの水は温水になりますか。		
	スピットン洗浄水は出ますか、量は適切ですか。		
	排水トラップにゴミは溜まっていますか。		
	バキューム・エジェクター(排唾管)のフィルターにゴミは溜まっていますか。		
	スピットンをチェアー側に引き出した時、チェアー上昇時にスピットン手前で停止しますか。		
	各ハンドピースホースにて水・エア漏れはありませんか。		
アシスタントユニットの外観にて水・エア漏れはありませんか。			
チェアーユニット	マニュアルスイッチ及びチェアーのフットスイッチでチェアー上下/傾起が動きますか。		
	オートスイッチでチェアーがメモリーした位置で停止しますか。		
	ヘッドレストの調節はスムーズに動きますか。(上下・角度)		
	オートセット時にバックレストを支え続けた時、チェアーは停止しますか。		
	オートリターン時にフットレスト部を持ち上げると、チェアーは上昇しますか。		
	オートセット時にフットレストクッション部を座部方向にスライドさせると、チェアーは上昇しますか。		
	オートセット時にドクターユニット側のチェアーカバーフレーム(アウターカバー)下部を持ち上げようとする時、チェアーは上昇しますか。		
	ヘッドレスト、バックレスト、座部シート等にがたつきはありませんか。		
チェアーユニットの外観にてオイル漏れはありませんか。			
ライト(無影灯含む)	点灯/消灯できますか。		
	無影灯はスムーズに動きますか。任意の位置で停止しますか。		
	前面カバーにヒビ割れはありませんか。		
	ハロゲンランプは年に1回交換していますか。(ハロゲンタイプのみ)		
ドクターユニット	ドクターテーブル	スムーズに動き、任意の位置で固定できますか。	
		持ち上げるようにすると安全スイッチは作動しますか。	
	ドクターアーム	スムーズに動き、任意の位置で固定できますか。	
		チェアー背面に動かすと安全スイッチは作動しますか。	
	タービン	タービン類の着脱はスムーズに行えますか。	
		規格に合ったバーを使用していますか。	
		回転中異常音はありませんか。	
		芯ぶれやバーが抜けたりしませんか。	
スプレーは出ていますか。			
ハンドピースライトは点灯しますか。			

裏面に続く

項目	内容		結果	処置及び対応
ドクターユニット	モーター	コントラ類の着脱はスムーズに行えますか。		
		規格に合ったバーを使用していますか。		
		回転中異常音はありませんか。		
		芯ぶれやバーが抜けたりしませんか。		
		スプレーは出ていますか。		
		ハンドピースライトは点灯しますか。		
	シリンジ	シリンジの水/エアは出ますか、漏れはありませんか。		
	排油溜	清掃されていますか。		
	フラッシング機能 全てのハンドピース	機能は正常に作動していますか。 各ホースにて水・エア漏れはありませんか。		
オプション関係	フィルムビューワー	点灯/消灯しますか。		
	バーナー	着火/消火しますか。		
		ワックス受けにワックスが溜まっていませんか。		
		ガス漏れはしていませんか。(異臭)		
	スケーラー	スケーラーは発振しますか。		
		水量は適切ですか。		
		チップは専用品を使用していますか。		
		チップは磨耗していませんか。		
	パワーヘッドレスト	上下・角度調整のスイッチ及び動きはスムーズですか。		
		モード切り替えスイッチでヘッドレストは動きますか。		
	口腔内カメラ	スイッチを押して作動しますか。		
	ポインティングデバイス	作動しますか。		
除菌フィルター	フィルターは年に1回交換していますか。			
モニター	アームのぐらつきはありませんか。			
	電気関係接続箇所の緩みはありませんか。			
その他				

※交換・清掃方法等につきましては、ユニットに付属されている使用説明書・お手入れ下敷きをご参照ください。

項目	期間	内容	結果	処置及び対応
業者に委託する保守点検	1年に1回	装置を作動させる電源電圧はAC95～107Vの範囲内で安定していますか。		
	1年に1回	床と機器とが確実に固定されていますか。		
	1年に1回	機器の連結部にて電気配線の抜けはありませんか。		
	1年に1回	機器の連結部にて固定用ねじに緩みはありませんか。		
	1年に1回	チェアー内部の油圧回路にて漏れはありませんか。		
	1年に1回	アシスタントユニット内部あるいは配管ボックスにて給排水、バキューム、水/エアチューブ配管に漏れや、折れはありませんか。		
	1年に1回	アシスタントユニット内部にある水用フィルターは劣化していませんか。		
	1年に1回	各アーム関節部はスムーズに動きますか。任意の位置で停止しますか。		