

医療機器 保守点検チェックシート

参考資料

該当品目名: ジーシーウィズ

※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。					
トアシ ユニット ボタン	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。					
	各ハンドピースホースにて水・エア漏れはありませんか。					
ウォ ーター ユ ニ ット	コップの温水は出ますか、量は適切ですか。					
	スピットンの水は出ますか。					
	デPOSITカップにゴミは溜まっていませんか。					
	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せんか。					
	ウォーター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	各パネル操作及びフットコントローラーでチェアー上下/傾起が動きますか。					
	オート操作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)					
	オート動作中に座部下面を上を押すことで、チェアーは停止しますか。					
	オート動作時にバックレストを持ち上げることで、チェアーは停止しますか。					
	膝折れタイプチェアーには足先に安全があります。オートセット時にフットレストを座部方向に押しこむことで、チェアーは停止しますか。					
	車いすりフターへの交換はスムーズに行えますか。					
	車いすりフターで上下/傾起が動きますか。					
無 影 灯	ヘッドレスト, バックレスト, 座部シート等にかたつきはありませんか。					
	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。					
フットコント ロー ラー	ハロゲンランプは年に1回交換していますか。					
	ペダルの左右及び踏み込み操作はスムーズに動き、元の位置に戻りますか。					
ユド ニク ター 	チェアスイッチはスムーズに動き、元の位置に戻りますか。					
	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。				
	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。				
	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。					

裏面に続く

項目	内容		結果	処置及び対応
ユニット	タービン	ハンドピースライトは点灯しますか。		
	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	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。		
	本体(カートタイプのみ)	キャスターの動きはスムーズに動きますか。		
	本体(ベースマウントタイプのみ)	チェアーが上昇中にドクターアームを上限からさらに持ち上げることでチェアーの動作は停止しますか。		
		チェアーが下降中にドクターアームを下限からさらに押し下げることでチェアーの動作は停止しますか。		
フラッシング機能	機能は正常に作動していますか。			
全てのハンドピース	各ホースにて水・エア漏れはありませんか。			
オプション	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。		
		ハンドピースライトは点灯しますか。		
	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。		
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	ウォーター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	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。		

IGC