

日常・保守点検票

(年 月度)

機種名		歯科医院名	
製造番号		ご住所	
点検者	年 月 日	点検管理者	

良 ☐ 否 ☐ 仕様なし ☐ = *否(×)事項については、医療機器修理業者に修理のご依頼をしてください。

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
●日常始業点検																															
①排液ホースの折れまがりはない																															
②ドアパッキンの破損・キズはなく掃除されている																															
③スノコ板は所定の位置に設置されている																															
④操作キーは、正常に押せる																															
⑤排液ボトルは所定の位置に、固定されて設置されている																															
●日常運転中の状況																															
①異音の発生はなかった																															
②蒸気漏れはなかった																															
③圧力は適正 (グリーンゾーンに入っている)																															
④滅菌ごとのインジケータテストで滅菌が正常に行われたと確認																															
●日常終業時点検																															
①滅菌室内の掃除																															
②本体の掃除																															
③排液ボトルの廃水																															
●定期点検(毎週1回)																															
①電源プラグコードに破損はなく、プラグにゴミ等の付着はない																															
②計器銘板の破損はない																															
③ヒーターに変形はない																															
④排水フィルターの破損はない																															
⑤バイオインジケータによる滅菌性能確認																															
●定期点検(6ヶ月に1度)																															
①ハンドル・スクリューに摩耗はない																															
②潤滑油の注油実施																															

処理伝達事項(交換部品がある場合は、部品名も明記する)

定期点検について

●本滅菌器は構造上小型圧力容器ですので、本器を安全に永くお使いいただくために、又突然の故障を防ぐためにも、二年に一度は弊社指定の専門業者による点検をお勧めします。

※このページをコピーしてお使いください。