

医療機器 保守点検チェックシート



該当品目名: イオム ルアーナ

※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。					
使用前の安全スイッチ	バックレスト(背板)安全スイッチは作動しますか。					
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。					
	各ハンドピースホースにて水・エア漏れはありませんか。					
チェアーユニット	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。					
	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、チェアーは起き上がりますか。					
	オートセット時にフットレスト先端部を押すことで、チェアーは停止しますか。					
	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。					
マッサージ機能	チェアー作動時に異常音は出ていませんか。					
	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。					
	マッサージ機能は作動しますか。(背面・座面・足)					
ライト含む(LED無影灯)	ストップスイッチ及びフットコントローラーでマッサージは停止しますか。					
	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。					
ユニット	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。				
	モーター	ハンドピースライトは点灯しますか。				
		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。						

裏面に続く

項目	内容		結果	処置及び対応
	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。		
	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。		
	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。		
	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。		
	シロフロー (歯面清掃機器)	パウダーと水は出ますか。		
		パウダー容器のキャップからエア漏れはありませんか。		
	除菌フィルター	フィルターは年1回交換していますか。		
	コスモブルー	点灯/消灯しますか。		
		スムーズに動きますか。任意の位置で停止しますか。		
ツインターボ機能	機能は正常に作動していますか。			
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	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。		