

## 年度 保守管理計画表

医療機器 安全管理責任者	
-----------------	--

施設名	
設置場所・保管場所	

販売名			
一般的名称			
製造販売業者名	スーガン株式会社	販売業者名	シーマン株式会社

製造番号		購入年月日	年 月 日	
型式		耐用年数	年	
保守点検	使用前点検(使用者による点検)	1回/使用開始前 『仕業点検シート』に基づく		
	定期点検(使用者による点検)	6ヶ月に1回 『定期点検シート』に基づく		
	電氣的/機械的調整等を含む 総合動作点検 (業者による点検)	点検シートに基づく作業		
		各部位検出用スイッチ・センサの動作確認		
		装置各部位の清掃		
		装置の外観および各部の損傷の有無		
		各部位の取付状態の確認		
消耗・劣化部品の交換				
安全装置・機構の動作確認				
装置内部電源電圧、基準電圧の確認・調整				
注入速度・時間・量・圧力・総合動作点検				
連絡先	シーマン株式会社フィールドサービス課 TEL06-6354-7750			

定期点検予定日①	年 月 日	<input type="checkbox"/> 使用者点検 <input type="checkbox"/> 業者点検
定期点検実施日①	年 月 日	<input type="checkbox"/> 使用者点検 <input type="checkbox"/> 業者点検

定期点検予定日②	年 月 日	<input type="checkbox"/> 使用者点検 <input type="checkbox"/> 業者点検
定期点検実施日②	年 月 日	<input type="checkbox"/> 使用者点検 <input type="checkbox"/> 業者点検

修理記録	修理日	年 月 日	修理概要		修理担当者:
	修理日	年 月 日	修理概要		修理担当者:
	修理日	年 月 日	修理概要		修理担当者:
	修理日	年 月 日	修理概要		修理担当者:
	修理日	年 月 日	修理概要		修理担当者:
	修理日	年 月 日	修理概要		修理担当者:



