

保守点検票(炭酸ガスレーザー) (複写してご使用ください)

合:はい(問題ない) 否:いいえ(問題あり)
 合・否のどちらかにチェックする。
 数値規格のあるものは実測値を記入する。
 仕様が無い場合は/を記入する。

☆点検を行う際の注意事項

- ※点検に伴う照射を行う際は、必ず防護メガネを着用してください。
- また、管理区域内に人がいないなどの安全を確認の上、点検を行ってください。
- ※点検する場所の付近には、酸素供給器、可燃性物質を利用した麻酔装置、その他アルコール、溶剤ガソリンなど揮発性物質を置かないでください。爆発や、火災のおそれがあります。
- ※ は一年に一度特殊計測器にて点検が必要な項目です。

歯科医院名		機種名		納入日	年	月	日
住所	〒	製造番号		点検日	年	月	日
				点検者			
電話番号	()	ガイド光仕様	<input type="checkbox"/> 緑ガイド光仕様 <input type="checkbox"/> 赤ガイド光仕様				

1. 共通事項

■設置状態	合	否
医用3Pコンセントであること ※使用する全てのコンセント		

※3Pコンセントをご使用にならないとノイズ等による誤動作及び、エラーの原因につながるおそれがあります。

■本体	合	否
銘板は剥がれていないか		
外装に機能を損なうような損傷がないか		
電源ケーブルの著しいよれ、被覆破れはないか		
フットスイッチケーブルの著しいよれ、被覆破れはないか		
曇り止めエア作動時、異常音、振動はないか		
クーリングエア作動時、異常音、振動はないか(クーリング付)		
クーリングエアの流量調整はできるか(クーリング付)		

■ハンドピース	合	否
各取付部に緩みはないか		
ハンドピースはスムーズに回転するか		
反射ミラーに汚れ、キズはないか		
集光レンズに汚れ、キズはないか		
曇り止めエアはでているか		
クーリングエアはでているか(クーリング付き)		
ガイド光は拡散していないか		

■レーザー光・出力制御	合	否
操作パネルのボタンは正常に動くか		
パネルの表示は正常か		
ガイド光とCO2レーザー光は、著しくずれていないか		
レーザー照射時、Exposure LEDは点灯し、警告ブザーが鳴るか		
レーザー出力の精度(設定値の±20%)		
CW最小値の精度	(W)	
CW最大値の精度	(W)	
SP1最小値の精度(スーパーパルス付)	(W)	
SP1最大値の精度(スーパーパルス付)	(W)	
SP2最小値の精度(スーパーパルス付)	(W)	
SP2最大値の精度(スーパーパルス付)	(W)	

■安全回路	合	否
キースイッチのON/OFF動作は正常か		
緊急停止スイッチは正常に動作するか		

■付属品	合	否
保護メガネはあるか(歯科医師、介助者、患者用)		
取扱説明書はあるか		
添付文書はあるか		

2. ファイバータイプ

■ファイバー・ファイバーポール	合	否
ファイバープローブのファイバーポールクリップ部分に、亀裂・破損はないか		
ファイバープローブを動かしても、ガイド光は消えずレーザーが出力されるか		
レーザーを照射しているとき、ファイバープローブの一部が熱くならないか		

3. マニピュレータタイプ

■マニピュレータ	合	否
各関節部のキャップに緩みはないか(オペレーターPRO)		
マニピュレータはバランスしているか(オペレーターPRO)		
各関節を動かしてもレーザーの出力、ガイド光の明るさは著しく落ちないか		

4. 先端チップ

	合	否
先端チップが詰まっているか		
ニードルチップに曲がり等の変形はないか		
先端チップ取付部にガタつきはないか		

■ チェック項目に否の箇所がある場合は、該当する項目、処理および確認内容を記載して下さい。

処理連絡

販売代理店名
