

保守点検票(レントゲン) (複写してご使用ください)

☆下記の項目をチェックしてください。

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(○)を入れてください。
 該当の無い場合は、斜線(/)を入れてください。

☆機種ごとに使用方法等が異なりますので、
 説明書及び添付文書を確認し点検してください。

★否の項目については、修理業者に修理を依頼してください。
 ※移動型、携帯型のレントゲンに関しては該当項目のみチェックしてください

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
		デンタル		管理責任者名			
電話番号	()	パノラマ		点検者			

1. パノラマレントゲン作動状況

◇設置状況	合	否
床・壁(壁固定時)固定の状況;確実に固定されていること		
電源コードは適切に接続されているか		

◇本体	合	否
チンレストの動きはスムーズか		
ヘッドサポート(患者固定具)の動きはスムーズか		
位置付けビームは出力されるか		
上・下の動作はスムーズで、ガタツキや異音はないか		
患者導入スイッチが正常に作動するか		
ヘッドのオイル漏れはないか		

◇アーム部	合	否
アームの回転はスムーズで、ガタツキや異音はないか		

◇リモートBOX部(操作パネル)	合	否
照射条件(管電圧、管電流、照射時間)が正しく表示されているか		

◇照射スイッチ	合	否
X線照射時に照射ランプが点灯するか		
X線照射時に照射ブザー音が鳴るか		
照射中にスイッチを離すと照射が停止するか		

◇タッチパネル仕様の場合	合	否
モニタ画面にチラつき、変色はないか		

◇3D仕様の場合	合	否
撮影動作中に異音はないか		

◇セファロ仕様の場合	合	否
撮影動作中に異音はないか		
ロックレバー他各部の動きは正常か		

◇緊急停止	合	否
緊急停止スイッチを押すと、全ての動作が停止するか		

◇フィルム仕様の場合	合	否
カセットホルダの動きはスムーズか		
フィルムは適正に保管されているか		
フィルムは使用期限内か		

2. デンタルレントゲン作動状況 (移動型・携帯型を含む)

◇設置状況	合	否
床・壁固定の状況;確実に固定されていること		
電源プラグの接続は確実か		
移動はスムーズか(移動型)		

◇アーム部	合	否
アームの動きはスムーズで、ガタツキや異音はないか		

◇ヘッド部	合	否
任意の位置で停止できるか		
コーンの緩みはないか		
ヘッドのオイル漏れはないか		

◇リモートBOX部	合	否
パネルスイッチの機能は正常か		
照射中にスイッチを離すと照射が停止するか		
使用フィルム感度と設定感度との組み合わせは適正か		

◇フィルム	合	否
フィルムは適正に保管されているか		
フィルムは使用期限内か		

3. コンピュータ(PC)作動状況

◇設置状況	合	否
PC背面の接続コネクタに緩みがないこと		

◇作動状況	合	否
撮影動作が正常に行えるか		
モニタ画面にチラつき、変色はないか		

●その他追加点検項目

	合	否
①		
②		
③		
④		
⑤		

※医院様で追加に確認した項目については、『その他追加点検項目』へ記載ください。

連絡事項(日常の保守に関する注意点、又は、保守について)