

# パルオキシメーター 日常点検記録表

メーカー:

機器名:

項目		判断基準	点検日								
外観確認	外装	各部の欠落、脆い個所の有無	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 否								
		外観上の明らかな変形・損傷の有無	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 否								
テスト	動作	測定が問題なくできるか	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 否								
		測定中に異常はないか	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 否								
	表示	ディスプレイ表示に異常はないか	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 否								
		表示情報は正しいか	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 否								
点検実施者											
確認者											

福井大学医学部附属病院  
 医学研究支援センター  
 2020年10月