



AED日常点検チェックリスト (ハートスタートFR2+)

シリアル番号: _____

点検月	月			月			月					
点検担当者名												
バッテリーの使用期限	年 月			年 月			年 月					
パッドの使用期限	年 月			年 月			年 月					
外観の確認(損傷やひびの有無)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし					
確認日	月 日			月 日			月 日					
ステータスインジケータの 表示確認 (○か×にて 記入してください)	1		16		1		16		1		16	
	2		17		2		17		2		17	
	3		18		3		18		3		18	
	4		19		4		19		4		19	
	5		20		5		20		5		20	
	6		21		6		21		6		21	
	7		22		7		22		7		22	
	8		23		8		23		8		23	
	9		24		9		24		9		24	
	10		25		10		25		10		25	
	11		26		11		26		11		26	
	12		27		12		27		12		27	
	13		28		13		28		13		28	
	14		29		14		29		14		29	
	15		30		15		30		15		30	
			31				31				31	

ステータスインジケータの表示

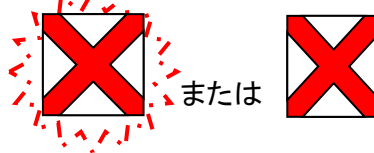


○(正常にお使いいただけます)



黒い砂時計マークが
点滅している

×(確認が必要です。販売店に連絡してください)



赤い×マークが点滅、
または点灯している