**ＡＥＤ点検チェックリスト**

製造番号　　　　　　　　　　設置年月日　　　年　　月　　日

点検月**年　　月**

**◆毎日の点検**

インジケータランプの確認

　正常時は〇　異常時は×

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 日曜日 | 月曜日 | 火曜日 | 水曜日 | 木曜日 | 金曜日 | 土曜日 |
| １週目 |  |  |  |  |  |  |  |
| ２週目 |  |  |  |  |  |  |  |
| ３週目 |  |  |  |  |  |  |  |
| ４週目 |  |  |  |  |  |  |  |
| ５週目 |  |  |  |  |  |  |  |

**◆それ以外の点検**

※□に☑チェック。必要事項を記入。

バッテリパック

□バッテリパックが取り付けてある

　待機寿命　　　年　　月　　　使用年月日　　　年　　月　　日

使い捨てパッド

□使い捨てパッドが接続されている　　使用期限　　年　　月

□予備の使い捨てパッドがある　　　　使用期限　　年　　月

外観の確認

□ひびや割れ、がたつきがない

付属品の確認

□付属品がそろっている

※その他メーカー推奨の点検事項があれば確認してください。