

# 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○ 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。

### バッテリーパック

バッテリーパックが取り付けられている

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。