

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。