

AED日常点検チェックシート

施設名	管理者	点検担当者
-----	-----	-------

1 インジゲータランプの確認

インジゲータランプの色や表示により、AEDが正常に使用可能な状態を示していることを確認してください。

点検月	10月				11月				12月				
	日	点検結果	日	点検結果	日	点検結果	日	点検結果	日	点検結果	日	点検結果	
正常は○を 異常は×を記入	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				
施設管理者確認欄 10月末確認				施設管理者確認欄 11月末確認				施設管理者確認欄 12月末確認					

点検月	1月				2月				3月				
	日	点検結果	日	点検結果	日	点検結果	日	点検結果	日	点検結果	日	点検結果	
正常は○を 異常は×を記入	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				
施設管理者確認欄 1月末確認				施設管理者確認欄 2月末確認				施設管理者確認欄 3月末確認					

2 消耗品交換は、次回の交換時期が来る前に交換してください。

バッテリーの交換日 年 月 日 ⇒次回の交換時期 年 月 日

電極パッドの交換時期(成人) 年 月 日 ⇒次回の交換時期 年 月 日

電極パッドの交換時期(小児) 年 月 日 ⇒次回の交換時期 年 月 日