

歯科医院名		装置名		納入日	年 月 日	実施者	管理者
		装置番号		点検日	年 月 日		

点検項目	点検内容	合	否	備考
------	------	---	---	----

1. 設置状況

環境	使用中表示灯は点灯しているか	☐	☐	
マニュアル	装置使用説明書等は揃っているか	☐	☐	
外観	床・壁固定は確実に固定されているか	☐	☐	
	銘板・警告書の剥がれはないか	☐	☐	
	破損等・発錆等はないか	☐	☐	
電源	電源プラグはコンセントにしっかり差し込まれているか	☐	☐	
	保護接地は確実にとられているか	☐	☐	

2. 駆動部

アーム	撮影位置づけ後、アームの流れはないか	☐	☐	
	上下方向、水平方向動きはスムーズに動くか、異音はありませんか	☐	☐	
	ストッパーの位置で止まるか	☐	☐	

3. ヘッド部

管球	撮影位置づけ後、ヘッドの流れはないか	☐	☐	
	照射筒（コーン）の緩みはないか	☐	☐	
	油漏れはないか	☐	☐	
	ストッパーの位置で止るか	☐	☐	

4. 操作部

表示	表示・操作は正常に動作出来るか	☐	☐	
	照射中にスイッチを離すと照射は止まるか	☐	☐	

※上記の項目をチェックしてください。該当の無い場合は、斜線（／）を入れてください。否の項目については、備考欄に処置を記入してください。修理が必要な場合は、修理業者に修理を依頼してください。