

|       |  |      |  |     |       |     |     |
|-------|--|------|--|-----|-------|-----|-----|
| 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            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| マニュアル | 装置使用説明書等は揃っているか           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| 付属品   | 付属品は揃っているか                |                          |                          |  |
| 外観    | 床・壁固定は確実に固定されているか         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
|       | 銘板・警告書の剥がれていないか           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
|       | 破損・発錆等はないか                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| 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 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
|       | 保護接地は確実にとられているか           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |

### 2. 本体

|        |                                  |                          |                          |  |
|--------|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| 患者保持部  | 患者固定はスムーズに行なえるか                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
|        | チンレスト・バイトブロック・側頭部押え・TMJ 用に破損はないか | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
|        | 撮影位置付用ビーム（正中・水平・位置付け）点灯しているか     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| パノラマ動作 | 上下動作、異音・引っ掛かりなどはないか              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
|        | 回転動作、異音・引っ掛かりなどはないか              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
|        | センサー、又はカセットの着脱はスムーズに行えるか         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| セファロ動作 | 患者固定用イヤーロッドに破損、ズレはないか            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
|        | カセットホルダにがたつき等はないか                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
|        | センサー、スキャン動作に異常はないか               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| 管球部    | 油漏れはないか                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| 操作部    | 表示・操作は正常に動作しているか                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
|        | 照射中にスイッチを離すと装置は止まるか              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |

### 3. フィルム

|      |                      |                          |                          |  |
|------|----------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| フィルム | 増感紙は劣化していませんか        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
|      | 増感紙とフィルムは合っていますか     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
|      | カセットはスムーズに出し入れ出来ているか | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |

※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。