



AED日常点検チェックリスト (ハートスタートHS1)

シリアル番号: _____

点検月	月			月			月		
点検担当者名									
バッテリーの使用期限	年 月			年 月			年 月		
パッドの使用期限	年 月			年 月			年 月		
外観の確認(損傷やひびの有無)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
確認日	月 日			月 日			月 日		
ステータスインジケータの 表示確認 (○か×にて 記入してください)	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			31

ステータスインジケータの表示

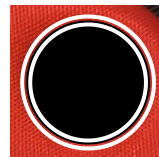


○(正常にお使いいただけます)



緑のランプが点滅している

×(確認が必要です。販売店に連絡してください)



緑のランプが消灯し
ビープ音が鳴る
iボタンが点滅