



AED日常点検チェックリスト (ハートスタートFR2+)

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		
	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)



黒い砂時計マークが
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)



赤い×マークが点滅、
または点灯している