

AED点検チェックシート

シリアル番号:

点 検 月	月	月	月			
点検担当者氏名						
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			
確 認 日(月毎)	月 日	月 日	月 日			
外観の確認(ひび・損傷・汚れ)	<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			
付属品の不足	<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			
インジケータの表示 設置場所の確認 (○・×を記入してください)	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