

## § 医療機器の耐用期間（耐用年数）に関する調査

<b>&lt; ICU・CCU（NICUを含む）部門 &gt; にお渡してください</b>
---

(2) **保育器** についてお答えください。

(それぞれ該当するものには○をして下さい)

■ 回答者の職種：1) 医師、2) 看護師、3) 臨床工学技士、4) 臨床検査技師

5) その他； \_\_\_\_\_

## 1. 現在使用している保育器の現状（平均的な状況を記入して下さい）

①購入後の年数と台数：

1年以内	1年以上～3年未満	3年以上～5年未満	5年以上～8年未満
台	台	台	台
8年以上～10年未満	10年以上～15年未満	15年以上	/
台	台	台	

②保育器の使用状況：

1) あまり使われていない

2) 比較的よく使われている

3) 台数不足を感じるくらいよく使われている

4) その他： \_\_\_\_\_

③日常点検： 1) 実施している 2) 実施していない

（“実施していない”と答えた場合は次の④の設問へ）

・担当者：1) 医師、2) 看護師、3) 臨床工学技士、4) 臨床検査技師、5) その他； \_\_\_\_\_

・点検回数：1) 使用前後、 2) 時々

④定期点検＜取扱説明書に記載されている定期点検＞： a) 実施している b) 実施していない

（“実施していない”と答えた場合は次の⑤の設問へ）

・担当者：1) 医師、2) 看護師、3) 臨床工学技士、4) 臨床検査技師、5) メーカー

6) その他； \_\_\_\_\_

・点検回数： \_\_\_\_\_ 時間毎、 \_\_\_\_\_ ケ月毎、 \_\_\_\_\_ 年毎、 不定期

⑤オーバーホール： a) 実施している b) 実施していない

（“実施していない”と答えた場合は次の⑥の設問へ）

・担当者：1) メーカー、2) その他； \_\_\_\_\_

・点検回数： \_\_\_\_\_ 時間毎、 \_\_\_\_\_ ケ月毎、 \_\_\_\_\_ 年毎、 不定期

➡ &lt;裏面に続きます&gt;

【添付資料4】

⑥保育器の安全管理を担当する責任者を定めていますか？ a) はい b) いいえ

“はい”の場合はその職種を記入して下さい。職種： \_\_\_\_\_

2. 保育器の耐用期間に関する下記の設問にお答え下さい。

1) 保育器の耐用期間について

①メーカーが耐用期間を指定することを望みますか？ a) 望む b) 望まない

a) 望む場合は、その理由をお聞かせ下さい。

\_\_\_\_\_

b) 望まない場合は、その理由をお聞かせ下さい。

\_\_\_\_\_

②そのほか保育器の耐用期間についてご意見、要望等がありましたらお聞かせ下さい。

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

③保育器の耐用期間を設定すると仮定した場合、どれくらいの期間が妥当と思いますか？

\_\_\_\_\_年

2) 保育器による故障について

保育器を長期間使用していたためと思われる故障を経験したことがありますか？

もしあれば 購入後の年数、故障の内容、考えられる故障の原因、今までの実施された点検内容などについてお聞かせ下さい。

	購入後の年数	故障内容	考えられる故障原因	今まで実施した点検内容
(例)	18	突然停止	部品の劣化	日常点検のみ
記 入 欄				

§ ご協力有り難うございます。

§ 医療機器の耐用期間（耐用年数）に関する調査

< ICU・CCU（NICUを含む）部門 >にお渡してください

(3) 輸液ポンプ についてお答えください。

（それぞれ該当するものには○をして下さい）

- 回答者の職種：1) 医師、 2) 看護師、 3) 臨床工学技士、 4) 臨床検査技師  
5) その他； \_\_\_\_\_

1. 現在使用している輸液ポンプの現状（平均的な状況を記入して下さい）

①購入後の年数と台数：

1年以内	1年以上～3年未満	3年以上～5年未満	5年以上～8年未満
台	台	台	台
8年以上～10年未満	10年以上～15年未満	15年以上	/
台	台	台	

- ②輸液ポンプの使用状況： 1) あまり使われていない  
2) 比較的良好に使われている  
3) 台数不足を感じるくらいよく使われている  
4) その他； \_\_\_\_\_

③日常点検： 1) 実施している 2) 実施していない

（“実施していない”と答えた場合は次の④の設問へ）

- ・担当者：1) 医師、2) 看護師、3) 臨床工学技士、4) 臨床検査技師、5) その他； \_\_\_\_\_  
・点検回数：1) 使用前後、 2) 時々

④定期点検＜取扱説明書に記載されている定期点検＞： a) 実施している b) 実施していない

（“実施していない”と答えた場合は次の⑤の設問へ）

- ・担当者：1) 医師、2) 看護師、3) 臨床工学技士、4) 臨床検査技師、5) メーカー  
6) その他； \_\_\_\_\_

・点検回数： \_\_\_\_\_ 時間毎、 \_\_\_\_\_ ケ月毎、 \_\_\_\_\_ 年毎、 不定期

⑤オーバーホール： a) 実施している b) 実施していない

（“実施していない”と答えた場合は次の⑥の設問へ）

- ・担当者：1) メーカー、2) その他； \_\_\_\_\_  
・点検回数： \_\_\_\_\_ 時間毎、 \_\_\_\_\_ ケ月毎、 \_\_\_\_\_ 年毎、 不定期

➡ <裏面に続きます>

【添付資料4】

⑥輸液ポンプの安全管理を担当する責任者を定めていますか？： a) はい b) いいえ

“はい”の場合はその職種を記入して下さい。職種： \_\_\_\_\_

2. 輸液ポンプの耐用期間に関する下記の設問にお答え下さい。

1) 輸液ポンプの耐用期間について

①メーカーが耐用期間を指定することを望みますか？： a) 望む b) 望まない

a) 望む場合は、その理由をお聞かせ下さい。

\_\_\_\_\_

b) 望まない場合は、その理由をお聞かせ下さい。

\_\_\_\_\_

②そのほか輸液ポンプの耐用期間についてご意見、要望等がありましたらお聞かせ下さい。

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

③輸液ポンプの耐用期間を設定すると仮定した場合、どれくらいの期間が妥当と思いますか？

\_\_\_\_\_年

2) 輸液ポンプによる故障について

輸液ポンプを長期間使用していたためと思われる故障を経験したことがありますか？

もしあれば 購入後の年数、故障の内容、考えられる故障の原因、今までの実施された点検内容などについてお聞かせ下さい。

	購入後の年数	故障内容	考えられる故障原因	今まで実施した点検内容
(例)	18	突然停止	部品の劣化	日常点検のみ
記 入 欄				

§ ご協力有り難うございます。

## 【添付資料4】

## § 医療機器の耐用期間（耐用年数）に関する調査

<b>&lt; ICU・CCU (NICUを含む) 部門 &gt; にお渡してください</b>
---

**(4) 患者モニタ装置（生体情報モニタ）** についてお答えください。

(それぞれ該当するものには○をして下さい)

■ 回答者の職種：1) 医師、2) 看護師、3) 臨床工学技士、4) 臨床検査技師

5) その他； \_\_\_\_\_

## 1. 現在使用している患者モニタ装置の現状（平均的な状況を記入して下さい）

①購入後の年数と台数：

1年以内	1年以上～3年未満	3年以上～5年未満	5年以上～8年未満
台	台	台	台
8年以上～10年未満	10年以上～15年未満	15年以上	/
台	台	台	

②患者モニタ装置の使用状況：1) あまり使われていない

2) 比較的よく使われている

3) 台数不足を感じるくらいよく使われている

4) その他； \_\_\_\_\_

③日常点検： 1) 実施している 2) 実施していない

（“実施していない”と答えた場合は次の④の設問へ）

・担当者：1) 医師、2) 看護師、3) 臨床工学技士、4) 臨床検査技師、5) その他； \_\_\_\_\_

・点検回数：1) 使用前後、 2) 時々

④定期点検＜取扱説明書に記載されている定期点検＞： a) 実施している b) 実施していない

（“実施していない”と答えた場合は次の⑤の設問へ）

・担当者：1) 医師、2) 看護師、3) 臨床工学技士、4) 臨床検査技師、5) メーカー

6) その他； \_\_\_\_\_

・点検回数： \_\_\_\_\_ 時間毎、 \_\_\_\_\_ ヶ月毎、 \_\_\_\_\_ 年毎、 不定期

⑤オーバーホール： a) 実施している b) 実施していない

（“実施していない”と答えた場合は次の⑥の設問へ）

・担当者：1) メーカー、2) その他； \_\_\_\_\_

・点検回数： \_\_\_\_\_ 時間毎、 \_\_\_\_\_ ヶ月毎、 \_\_\_\_\_ 年毎、 不定期

➡ &lt;裏面に続きます&gt;

【添付資料4】

⑥患者モニタ装置の安全管理を担当する責任者を定めていますか？： a) はい b) いいえ

“はい”の場合はその職種を記入して下さい。職種： \_\_\_\_\_

2. 患者モニタ装置の耐用期間に関する下記の設問にお答え下さい。

1) 患者モニタ装置の耐用期間について

①メーカーが耐用期間を指定することを望みますか？： a) 望む b) 望まない

a) 望む場合は、その理由をお聞かせ下さい。

\_\_\_\_\_

b) 望まない場合は、その理由をお聞かせ下さい。

\_\_\_\_\_

②そのほか患者モニタ装置の耐用期間についてご意見、要望等がありましたらお聞かせ下さい。

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

③患者モニタ装置の耐用期間を設定すると仮定した場合、どれくらいの期間が妥当と思いますか？

\_\_\_\_\_年

2) 患者モニタ装置による故障について

患者モニタ装置を長期間使用していたためと思われる故障を経験したことがありますか？

もしあれば 購入後の年数、故障の内容、考えられる故障の原因、今までの実施された点検内容などについてお聞かせ下さい。

	購入後の年数	故障内容	考えられる故障原因	今まで実施した点検内容
(例)	18	突然停止	部品の劣化	日常点検のみ
記入欄				

§ ご協力有り難うございます。

## 【添付資料4】

## § 医療機器の耐用期間（耐用年数）に関する調査

<b>&lt;手術部&gt;にお渡してください</b>
-----------------------------

(1) **麻酔器** についてお答えください。

(それぞれ該当するものには○をして下さい)

■ 回答者の職種：1) 医師、 2) 看護師、 3) 臨床工学技士、 4) その他； \_\_\_\_\_

## 1. 現在使用している麻酔器の現状（平均的な状況を記入して下さい）

①購入後の年数と台数：

1年以内	1年以上～3年未満	3年以上～5年未満	5年以上～8年未満
台	台	台	台
8年以上～10年未満	10年以上～15年未満	15年以上	/
台	台	台	

②麻酔器の使用状況： 1) あまり使われていない

2) 比較的よく使われている

3) 台数不足を感じるくらいよく使われている

4) その他； \_\_\_\_\_

③日常点検： 1) 実施している 2) 実施していない

（“実施していない”と答えた場合は次の④の設問へ）

・担当者：1) 医師、2) 看護師、3) 臨床工学技士、4) その他； \_\_\_\_\_

・点検回数：1) 使用前後、 2) 時々

④定期点検&lt;取扱説明書に記載されている定期点検&gt;： a) 実施している b) 実施していない

（“実施していない”と答えた場合は次の⑤の設問へ）

・担当者：1) 医師、2) 看護師、3) 臨床工学技士、4) メーカー

5) その他； \_\_\_\_\_

・点検回数： \_\_\_\_\_ 時間毎、 \_\_\_\_\_ ケ月毎、 \_\_\_\_\_ 年毎、 不定期

⑤オーバーホール： a) 実施している b) 実施していない

（“実施していない”と答えた場合は次の⑥の設問へ）

・担当者：1) メーカー、2) その他； \_\_\_\_\_

・点検回数： \_\_\_\_\_ 時間毎、 \_\_\_\_\_ ケ月毎、 \_\_\_\_\_ 年毎、 不定期

➡ &lt;裏面に続きます&gt;

【添付資料4】

⑥麻酔器の安全管理を担当する責任者を定めていますか？： a) はい b) いいえ

“はい”の場合はその職種を記入して下さい。職種： \_\_\_\_\_

2. 麻酔器の耐用期間に関する下記の設問にお答え下さい。

1) 麻酔器の耐用期間について

①メーカーが耐用期間を指定することを望みますか？： a) 望む b) 望まない

a) 望む場合は、その理由をお聞かせ下さい。

\_\_\_\_\_

b) 望まない場合は、その理由をお聞かせ下さい。

\_\_\_\_\_

②そのほか麻酔器の耐用期間についてご意見、要望等がありましたらお聞かせ下さい。

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

③麻酔器の耐用期間を設定すると仮定した場合、どれくらいの期間が妥当と思いますか？

\_\_\_\_\_年

2) 麻酔器による故障について

麻酔器を長期間使用していたためと思われる故障を経験したことがありますか？

もしあれば 購入後の年数、故障の内容、考えられる故障の原因、今までの実施された点検内容などについてお聞かせ下さい。

	購入後の年数	故障内容	考えられる故障原因	今まで実施した点検内容
(例)	18	突然停止	部品の劣化	日常点検のみ
記 入 欄				

§ ご協力有り難うございます。

## 【添付資料4】

## § 医療機器の耐用期間 (耐用年数) に関する調査

<b>&lt;手術部&gt;にお渡してください</b>
-----------------------------

(2) **電気メス** についてお答えください。

(それぞれ該当するものには○をして下さい)

■ 回答者の職種: 1) 医師、 2) 看護師、 3) 臨床工学技士、 4) その他; \_\_\_\_\_

## 1. 現在使用している電気メスの現状 (平均的な状況を記入して下さい)

① 購入後の年数と台数:

1年以内	1年以上～3年未満	3年以上～5年未満	5年以上～8年未満
台	台	台	台
8年以上～10年未満	10年以上～15年未満	15年以上	/
台	台	台	

② 電気メスの使用状況:

- 1) あまり使われていない  
 2) 比較的良好に使われている  
 3) 台数不足を感じるくらいよく使われている  
 4) その他: \_\_\_\_\_

③ 日常点検: 1) 実施している 2) 実施していない

("実施していない"と答えた場合は次の④の設問へ)

- ・担当者: 1) 医師、 2) 看護師、 3) 臨床工学技士、 4) その他; \_\_\_\_\_  
 ・点検回数: 1) 使用前後、 2) 時々

④ 定期点検&lt;取扱説明書に記載されている定期点検&gt;: a) 実施している b) 実施していない

("実施していない"と答えた場合は次の⑤の設問へ)

- ・担当者: 1) 医師、 2) 看護師、 3) 臨床工学技士、 4) メーカー  
 5) その他; \_\_\_\_\_  
 ・点検回数: \_\_\_\_\_ 時間毎、 \_\_\_\_\_ ケ月毎、 \_\_\_\_\_ 年毎、 不定期

⑤ オーバーホール: a) 実施している b) 実施していない

("実施していない"と答えた場合は次の⑥の設問へ)

- ・担当者: 1) メーカー、 2) その他; \_\_\_\_\_  
 ・点検回数: \_\_\_\_\_ 時間毎、 \_\_\_\_\_ ケ月毎、 \_\_\_\_\_ 年毎、 不定期

➡ &lt;裏面に続きます&gt;

【添付資料4】

⑥電気メスの安全管理を担当する責任者を定めていますか？ a) はい b) いいえ

“はい”の場合はその職種を記入して下さい。職種： \_\_\_\_\_

2. 電気メスの耐用期間に関する下記の設問にお答え下さい。

1) 電気メスの耐用期間について

①メーカーが耐用期間を指定することを望みますか？ a) 望む b) 望まない

a) 望む場合は、その理由をお聞かせ下さい。

\_\_\_\_\_

b) 望まない場合は、その理由をお聞かせ下さい。

\_\_\_\_\_

②そのほか電気メスの耐用期間についてご意見、要望等がありましたらお聞かせ下さい。

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

③電気メスの耐用期間を設定すると仮定した場合、どれくらいの期間が妥当と思いますか？

\_\_\_\_\_年

2) 電気メスによる故障について

電気メスを長期間使用していたためと思われる故障を経験したことがありますか？

もしあれば 購入後の年数、故障の内容、考えられる故障の原因、今までの実施された点検内容などについてお聞かせ下さい。

	購入後の年数	故障内容	考えられる故障原因	今まで実施した点検内容
(例)	18	突然停止	部品の劣化	日常点検のみ
記 入 欄				

§ ご協力有り難うございます。

## § 医療機器の耐用期間（耐用年数）に関する調査

<b>&lt;手術部&gt;にお渡してください</b>
-----------------------------

(3) パルスオキシメータ についてお答えください。

(それぞれ該当するものには○をして下さい)

■ 回答者の職種：1) 医師、 2) 看護師、 3) 臨床工学技士、 4) その他； \_\_\_\_\_

## 1. 現在使用しているパルスオキシメータの現状（平均的な状況を記入して下さい）

①購入後の年数と台数：

1年以内	1年以上～3年未満	3年以上～5年未満	5年以上～8年未満
台	台	台	台
8年以上～10年未満	10年以上～15年未満	15年以上	/
台	台	台	

②パルスオキシメータの使用状況： 1) あまり使われていない

2) 比較的良好に使われている

3) 台数不足を感じるくらいよく使われている

4) その他； \_\_\_\_\_

③日常点検： 1) 実施している 2) 実施していない

（“実施していない”と答えた場合は次の④の設問へ）

・担当者：1) 医師、2) 看護師、3) 臨床工学技士、4) その他； \_\_\_\_\_

・点検回数：1) 使用前後、 2) 時々

④定期点検&lt;取扱説明書に記載されている定期点検&gt;： a) 実施している b) 実施していない

（“実施していない”と答えた場合は次の⑤の設問へ）

・担当者：1) 医師、2) 看護師、3) 臨床工学技士、4) メーカー

5) その他； \_\_\_\_\_

・点検回数： \_\_\_\_\_ 時間毎、 \_\_\_\_\_ ヶ月毎、 \_\_\_\_\_ 年毎、 不定期

⑤オーバーホール： a) 実施している b) 実施していない

（“実施していない”と答えた場合は次の⑥の設問へ）

・担当者：1) メーカー、2) その他； \_\_\_\_\_

・点検回数： \_\_\_\_\_ 時間毎、 \_\_\_\_\_ ヶ月毎、 \_\_\_\_\_ 年毎、 不定期

➡ &lt;裏面に続きます&gt;

【添付資料4】

⑥パルスオキシメータの安全管理を担当する責任者を定めていますか？： a) はい b) いいえ

“はい”の場合はその職種を記入して下さい。職種： \_\_\_\_\_

2. パルスオキシメータの耐用期間に関する下記の設問にお答え下さい。

1) パルスオキシメータの耐用期間について

①メーカーが耐用期間を指定することを望みますか？： a) 望む b) 望まない

a) 望む場合は、その理由をお聞かせ下さい。

\_\_\_\_\_

b) 望まない場合は、その理由をお聞かせ下さい。

\_\_\_\_\_

②そのほかパルスオキシメータの耐用期間についてご意見、要望等がありましたらお聞かせ下さい。

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

③パルスオキシメータの耐用期間を設定すると仮定した場合、どれくらいの期間が妥当と思いますか？

\_\_\_\_\_年

2) パルスオキシメータによる故障について

パルスオキシメータを長期間使用していたためと思われる故障を経験したことがありますか？

もしあれば 購入後の年数、故障の内容、考えられる故障の原因、今までの実施された点検内容などについてお聞かせ下さい。

	購入後の年数	故障内容	考えられる故障原因	今まで実施した点検内容
(例)	18	突然停止	部品の劣化	日常点検のみ
記 入 欄				

§ ご協力有り難うございます。

## § 医療機器の耐用期間（耐用年数）に関する調査

＜手術部＞にお渡してください

### (4) 手術台 についてお答えください。

（それぞれ該当するものには○をして下さい）

■ 回答者の職種：1) 医師、 2) 看護師、 3) 臨床工学技士、 4) その他； \_\_\_\_\_

#### 1. 現在使用している手術台の現状（平均的な状況を記入して下さい）

①購入後の年数と台数：

1年以内	1年以上～3年未満	3年以上～5年未満	5年以上～8年未満
台	台	台	台
8年以上～10年未満	10年以上～15年未満	15年以上	/
台	台	台	

②手術台の使用状況： 1) あまり使われていない  
 2) 比較的よく使われている  
 3) 台数不足を感じるくらいよく使われている  
 4) その他： \_\_\_\_\_

③日常点検： 1) 実施している 2) 実施していない

（“実施していない”と答えた場合は次の④の設問へ）

・担当者：1) 医師、2) 看護師、3) 臨床工学技士、4) その他； \_\_\_\_\_

・点検回数：1) 使用前後、 2) 時々

④定期点検＜取扱説明書に記載されている定期点検＞： a) 実施している b) 実施していない

（“実施していない”と答えた場合は次の⑤の設問へ）

・担当者：1) 医師、2) 看護師、3) 臨床工学技士、4) メーカー

5) その他； \_\_\_\_\_

・点検回数： \_\_\_\_\_ 時間毎、 \_\_\_\_\_ ケ月毎、 \_\_\_\_\_ 年毎、 不定期

⑤オーバーホール： a) 実施している b) 実施していない

（“実施していない”と答えた場合は次の⑥の設問へ）

・担当者：1) メーカー、2) その他； \_\_\_\_\_

・点検回数： \_\_\_\_\_ 時間毎、 \_\_\_\_\_ ケ月毎、 \_\_\_\_\_ 年毎、 不定期

➡ ＜裏面に続きます＞

【添付資料4】

⑥手術台の安全管理を担当する責任者を定めていますか？ a) はい b) いいえ

“はい”の場合はその職種を記入して下さい。職種： \_\_\_\_\_

2. 手術台の耐用期間に関する下記の設問にお答え下さい。

1) 手術台の耐用期間について

①メーカーが耐用期間を指定することを望みますか？ a) 望む b) 望まない

a) 望む場合は、その理由をお聞かせ下さい。

\_\_\_\_\_

b) 望まない場合は、その理由をお聞かせ下さい。

\_\_\_\_\_

②そのほか手術台の耐用期間についてご意見、要望等がありましたらお聞かせ下さい。

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

③手術台の耐用期間を設定すると仮定した場合、どれくらいの期間が妥当と思いますか？

\_\_\_\_\_年

2) 手術台による故障について

手術台を長期間使用していたためと思われる故障を経験したことがありますか？

もしあれば 購入後の年数、故障の内容、考えられる故障の原因、今までの実施された点検内容などについてお聞かせ下さい。

	購入後の年数	故障内容	考えられる故障原因	今まで実施した点検内容
(例)	18	突然停止	部品の劣化	日常点検のみ
記 入 欄				

§ ご協力有り難うございます。

## § 医療機器の耐用期間（耐用年数）に関する調査

<b>&lt;手術部&gt;にお渡してください</b>
-----------------------------

(5) **無影灯** についてお答えください。

(それぞれ該当するものには○をして下さい)

■ 回答者の職種：1) 医師、 2) 看護師、 3) 臨床工学技士、 4) その他； \_\_\_\_\_

## 1. 現在使用している無影灯の現状（平均的な状況を記入して下さい）

①購入後の年数と台数：

1年以内	1年以上～3年未満	3年以上～5年未満	5年以上～8年未満
台	台	台	台
8年以上～10年未満	10年以上～15年未満	15年以上	/
台	台	台	

②無影灯の使用状況：

- 1) あまり使われていない  
 2) 比較的よく使われている  
 3) 台数不足を感じるくらいよく使われている  
 4) その他： \_\_\_\_\_

③日常点検： 1) 実施している 2) 実施していない

（“実施していない”と答えた場合は次の④の設問へ）

・担当者：1) 医師、 2) 看護師、 3) 臨床工学技士、 4) その他； \_\_\_\_\_

・点検回数：1) 使用前後、 2) 時々

④定期点検&lt;取扱説明書に記載されている定期点検&gt;： a) 実施している b) 実施していない

（“実施していない”と答えた場合は次の⑤の設問へ）

・担当者：1) 医師、 2) 看護師、 3) 臨床工学技士、 4) メーカー

5) その他； \_\_\_\_\_

・点検回数： \_\_\_\_\_ 時間毎、 \_\_\_\_\_ ケ月毎、 \_\_\_\_\_ 年毎、 不定期

⑤オーバーホール： a) 実施している b) 実施していない

（“実施していない”と答えた場合は次の⑥の設問へ）

・担当者：1) メーカー、 2) その他； \_\_\_\_\_

・点検回数： \_\_\_\_\_ 時間毎、 \_\_\_\_\_ ケ月毎、 \_\_\_\_\_ 年毎、 不定期

➡ &lt;裏面に続きます&gt;

【添付資料4】

⑥無影灯の安全管理を担当する責任者を定めていますか？ a) はい b) いいえ

“はい”の場合はその職種を記入して下さい。職種： \_\_\_\_\_

2. 無影灯の耐用期間に関する下記の設問にお答え下さい。

1) 無影灯の耐用期間について

①メーカーが耐用期間を指定することを望みますか？ a) 望む b) 望まない

a) 望む場合は、その理由をお聞かせ下さい。

\_\_\_\_\_

b) 望まない場合は、その理由をお聞かせ下さい。

\_\_\_\_\_

②そのほか無影灯の耐用期間についてご意見、要望等がありましたらお聞かせ下さい。

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

③無影灯の耐用期間を設定すると仮定した場合、どれくらいの期間が妥当と思いますか？

\_\_\_\_\_年

2) 無影灯による故障について

無影灯を長期間使用していたためと思われる故障を経験したことがありますか？

もしあれば 購入後の年数、故障の内容、考えられる故障の原因、今までの実施された点検内容などについてお聞かせ下さい。

	購入後の年数	故障内容	考えられる故障原因	今まで実施した点検内容
(例)	18	突然停止	部品の劣化	日常点検のみ
記 入 欄				

§ ご協力有り難うございます。

## § 医療機器の耐用期間（耐用年数）に関する調査

<b>&lt;臨床検査部・生理検査部門&gt;にお渡してください</b>
--------------------------------------

(1) **超音波診断装置** についてお答えください。

(それぞれ該当するものには○をして下さい)

■ 回答者の職種：1) 医師、 2) 看護師、 3) 臨床検査技師、 4) 診療放射線技師

5) その他： \_\_\_\_\_

## 1. 現在使用している超音波診断装置の現状（平均的な状況を記入して下さい）

①購入後の年数と台数：

1年以内	1年以上～3年未満	3年以上～5年未満	5年以上～8年未満
台	台	台	台
8年以上～10年未満	10年以上～15年未満	15年以上	/
台	台	台	

②超音波診断装置の使用状況：1) あまり使われていない

2) 比較的よく使われている

3) 台数不足を感じるくらいよく使われている

4) その他： \_\_\_\_\_

③日常点検： 1) 実施している 2) 実施していない

（“実施していない”と答えた場合は次の④の設問へ）

・担当者：1) 医師、 2) 看護師、 3) 臨床検査技師、 4) 診療放射線技師

5) その他： \_\_\_\_\_

・点検回数：1) 使用前後、 2) 時々

④定期点検&lt;取扱説明書に記載されている定期点検&gt;： a) 実施している b) 実施していない

（“実施していない”と答えた場合は次の⑤の設問へ）

・担当者：1) 医師、 2) 看護師、 3) 臨床検査技師、 4) 診療放射線技師、 5) メーカー

6) その他： \_\_\_\_\_

・点検回数： \_\_\_\_\_ 時間毎、 \_\_\_\_\_ ヶ月毎、 \_\_\_\_\_ 年毎、 不定期

⑤オーバーホール： a) 実施している b) 実施していない

（“実施していない”と答えた場合は次の⑥の設問へ）

・担当者：1) メーカー、 2) その他： \_\_\_\_\_

・点検回数： \_\_\_\_\_ 時間毎、 \_\_\_\_\_ ヶ月毎、 \_\_\_\_\_ 年毎、 不定期

➡ &lt;裏面に続きます&gt;

【添付資料4】

⑥超音波診断装置の安全管理を担当する責任者を定めていますか？： a) はい b) いいえ

“はい”の場合はその職種を記入して下さい。職種： \_\_\_\_\_

2. 超音波診断装置の耐用期間に関する下記の設問にお答え下さい。

1) 超音波診断装置の耐用期間について

①メーカーが耐用期間を指定することを望みますか？： a) 望む b) 望まない

a) 望む場合は、その理由をお聞かせ下さい。

\_\_\_\_\_

b) 望まない場合は、その理由をお聞かせ下さい。

\_\_\_\_\_

②そのほか超音波診断装置の耐用期間についてご意見、要望等がありましたらお聞かせ下さい。

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

③超音波診断装置の耐用期間を設定すると仮定した場合、どれくらいの期間が妥当と思いますか？

\_\_\_\_\_年

2) 超音波診断装置による故障について

超音波診断装置を長期間使用していたためと思われる故障を経験したことがありますか？

もしあれば 購入後の年数、故障の内容、考えられる故障の原因、今までの実施された点検内容などについてお聞かせ下さい。

	購入後の年数	故障内容	考えられる故障原因	今まで実施した点検内容
(例)	18	突然停止	部品の劣化	日常点検のみ
記 入 欄				

§ ご協力有り難うございます。

## 【添付資料4】

## § 医療機器の耐用期間（耐用年数）に関する調査

<b>&lt;臨床検査部・生理検査部門&gt;にお渡してください</b>
--------------------------------------

(2) **心電計** についてお答えください。

(それぞれ該当するものには○をして下さい)

■ 回答者の職種：1) 医師、 2) 看護師、 3) 臨床検査技師、 4) その他； \_\_\_\_\_

## 1. 現在使用している心電計の現状（平均的な状況を記入して下さい）

①購入後の年数と台数：

1年以内	1年以上～3年未満	3年以上～5年未満	5年以上～8年未満
台	台	台	台
8年以上～10年未満	10年以上～15年未満	15年以上	/
台	台	台	

②心電計の使用状況： 1) あまり使われていない  
 2) 比較的よく使われている  
 3) 台数不足を感じるくらいよく使われている  
 4) その他： \_\_\_\_\_

③日常点検： 1) 実施している 2) 実施していない

（“実施していない”と答えた場合は次の④の設問へ）

・担当者：1) 医師、 2) 看護師、 3) 臨床検査技師、 4) その他； \_\_\_\_\_

・点検回数：1) 使用前後、 2) 時々

④定期点検&lt;取扱説明書に記載されている定期点検&gt;： a) 実施している b) 実施していない

（“実施していない”と答えた場合は次の⑤の設問へ）

・担当者：1) 医師、 2) 看護師、 3) 臨床検査技師、 4) メーカー

5) その他； \_\_\_\_\_

・点検回数： \_\_\_\_\_ 時間毎、 \_\_\_\_\_ ヶ月毎、 \_\_\_\_\_ 年毎、 不定期

⑤オーバーホール： a) 実施している b) 実施していない

（“実施していない”と答えた場合は次の⑥の設問へ）

・担当者：1) メーカー、 2) その他； \_\_\_\_\_

・点検回数： \_\_\_\_\_ 時間毎、 \_\_\_\_\_ ヶ月毎、 \_\_\_\_\_ 年毎、 不定期

➡ &lt;裏面に続きます&gt;

【添付資料4】

⑥心電計の安全管理を担当する責任者を定めていますか？ a) はい b) いいえ

“はい”の場合はその職種を記入して下さい。職種： \_\_\_\_\_

2. 心電計の耐用期間に関する下記の設問にお答え下さい。

1) 心電計の耐用期間について

①メーカーが耐用期間を指定することを望みますか？ a) 望む b) 望まない

a) 望む場合は、その理由をお聞かせ下さい。

\_\_\_\_\_

b) 望まない場合は、その理由をお聞かせ下さい。

\_\_\_\_\_

②そのほか心電計の耐用期間についてご意見、要望等がありましたらお聞かせ下さい。

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

③心電計の耐用期間を設定すると仮定した場合、どれくらいの期間が妥当と思いますか？

\_\_\_\_\_年

2) 心電計による故障について

心電計を長期間使用していたためと思われる故障を経験したことがありますか？

もしあれば 購入後の年数、故障の内容、考えられる故障の原因、今までの実施された点検内容などについてお聞かせ下さい。

	購入後の年数	故障内容	考えられる故障原因	今まで実施した点検内容
(例)	18	突然停止	部品の劣化	日常点検のみ
記 入 欄				

§ ご協力有り難うございます。