

§ 医療機器の耐用期間（耐用年数）に関する調査

<臨床検査部・生理検査部門>にお渡してください

(3) 電子スパイロメータ 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) 臨床検査技師、 4) その他； _____

1. 現在使用している電子スパイロメータの現状（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電子スパイロメータの使用状況： 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<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) 臨床検査技師、 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電子スピロ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. 電子スピロ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) 電子スピロ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そのほか電子スピロ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電子スピロ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) 電子スピロメータによる故障について

電子スピロ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

<内視鏡検査部門>にお渡してください

(1) 軟性ファイバースコープ 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) 臨床検査技師、 4) 臨床工学技士

5) その他： _____

1. 現在使用している軟性ファイバースコープの現状（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軟性ファイバースコープの使用状況： 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) 臨床検査技師、 4) 臨床工学技士

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) 臨床検査技師、 4) 臨床工学技士、 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軟性ファイバースコー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. 軟性ファイバースコープの耐用期間に関する下記の設問にお答え下さい。

1) 軟性ファイバースコー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そのほか軟性ファイバースコー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軟性ファイバースコー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) 軟性ファイバースコープによる故障について

軟性ファイバースコー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。

§ 医療機器の耐用期間（耐用年数）に関する調査

<内視鏡検査部門>にお渡してください

(2) **硬性内視鏡** 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) 臨床工学技士

5) その他； _____

1. 現在使用している硬性内視鏡の現状（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硬性内視鏡の使用状況： 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) 臨床検査技師、 4) 臨床工学技士

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) 臨床検査技師、 4) 臨床工学技士、 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硬性内視鏡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. 硬性内視鏡の耐用期間に関する下記の設問にお答え下さい。

1) 硬性内視鏡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そのほか硬性内視鏡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硬性内視鏡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) 硬性内視鏡による故障について

硬性内視鏡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

<内視鏡検査部門>にお渡してください

(3) **電子内視鏡** 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) 臨床工学技士

5) その他； _____

1. 現在使用している電子内視鏡の現状（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電子内視鏡の使用状況： 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) 臨床工学技士

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) 臨床検査技師、 4) 臨床工学技士、 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電子内視鏡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. 電子内視鏡の耐用期間に関する下記の設問にお答え下さい。

1) 電子内視鏡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そのほか電子内視鏡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電子内視鏡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) 電子内視鏡による故障について

電子内視鏡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

<内視鏡検査部門>にお渡してください

(4) **内視鏡用医用電気機器** 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) 臨床検査技師、 4) 臨床工学技士

5) その他； _____

1. 現在使用している内視鏡用医用電気機器の現状（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内視鏡用医用電気機器の使用状況： 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) 臨床工学技士

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) 臨床検査技師、 4) 臨床工学技士、 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

➡ <裏面に続きます>

【添付資料4】

⑥内視鏡用医用電気機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. 内視鏡用医用電気機器の耐用期間に関する下記の設問にお答え下さい。

1) 内視鏡用医用電気機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そのほか内視鏡用医用電気機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内視鏡用医用電気機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) 内視鏡用医用電気機器による故障について

内視鏡用医用電気機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

＜中央滅菌材料部門＞にお渡してください

(1) **高圧蒸気滅菌器** 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) 臨床検査技師、 4) 臨床工学技士

5) その他； _____

1. 現在使用している高圧蒸気滅菌器の現状（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高圧蒸気滅菌器の使用状況： 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) 臨床検査技師、 4) 臨床工学技士

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) 臨床検査技師、 4) 臨床工学技士、 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

➡ <裏面に続きます>

【添付資料4】

⑥高圧蒸気滅菌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. 高圧蒸気滅菌器の耐用期間に関する下記の設問にお答え下さい。

1) 高圧蒸気滅菌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そのほか高圧蒸気滅菌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高圧蒸気滅菌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) 高圧蒸気滅菌器による故障について

高圧蒸気滅菌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

＜中央滅菌材料部門＞にお渡しください

(2) ガス滅菌器 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) 臨床検査技師、 4) 臨床工学技士

5) その他： _____

1. 現在使用しているガス滅菌器の現状（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ガス滅菌器の使用状況： 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) 臨床検査技師、 4) 臨床工学技士

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) 臨床検査技師、 4) 臨床工学技士、 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

➡ ＜裏面に続きます＞

【添付資料4】

⑥ガス滅菌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. ガス滅菌器の耐用期間に関する下記の設問にお答え下さい。

1) ガス滅菌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そのほかガス滅菌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ガス滅菌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) ガス滅菌器による故障について

ガス滅菌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

<中央滅菌材料部門>にお渡してください

(3) プラズマ滅菌器 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) 臨床検査技師、 4) 臨床工学技士
5) その他； _____

1. 現在使用しているプラズマ滅菌器の現状（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プラズマ滅菌器の使用状況： 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) 臨床検査技師、 4) 臨床工学技士
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) 臨床検査技師、 4) 臨床工学技士、 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 プラズマ滅菌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. プラズマ滅菌器の耐用期間に関する下記の設問にお答え下さい。

1) プラズマ滅菌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 そのほかプラズマ滅菌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 プラズマ滅菌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) プラズマ滅菌器による故障について

プラズマ滅菌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

＜中央滅菌材料部門＞にお渡してください

(4) **超音波洗浄機** 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) 臨床工学技士
 5) その他； _____

1. 現在使用している超音波洗浄機の現状（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超音波洗浄機の使用状況： 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) 臨床検査技師、 4) 臨床工学技士
 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) 臨床検査技師、 4) 臨床工学技士、 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

➡ <裏面に続きます>

【添付資料4】

⑥超音波洗浄機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. 超音波洗浄機の耐用期間に関する下記の設問にお答え下さい。

1) 超音波洗浄機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そのほか超音波洗浄機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超音波洗浄機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) 超音波洗浄機による故障について

超音波洗浄機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

<臨床工学（ME）部門>にお渡してください

(1) **人工心肺装置** 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) 臨床工学技士

4) その他： _____

1. 現在使用している人工心肺装置の現状（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人工心肺装置の使用状況： 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) 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、 _____ 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

➡ <裏面に続きます>

【添付資料4】

⑥人工心肺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. 人工心肺装置の耐用期間に関する下記の設問にお答え下さい。

1) 人工心肺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そのほか人工心肺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人工心肺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) 人工心肺装置による故障について

人工心肺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。