様式2 ショックマスター故障連絡書

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 依頼日 | 2024/xx/xx | 購入日 | | 2020/xx/xx | |
| お客様名 |  | | | | |
| ご住所 |  | | | | |
| 電話番号 |  | | ご担当者名 | |  |
| 販売代理店 |  | | 代理店担当 | |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 項目 | 製造番号 | ショック数 |
| 本体 | ※本体背面ラベルに記載の7桁の数字  4200000 | 本体「機器カウンター」の数字 |
| 標準ハンドピース、またはショートハンドピース | ※ハンドル下かケーブルラベル記載の下4桁の数字  00000-0000 | 本体「ハンドピースカウンター」の数字 |
| V-Actorハンドピース | ※ケース貼り付けラベルに記載の数字  **19365\_0000** | 本体「V-Actorカウンター」の数字 |

|  |  |
| --- | --- |
| 普段治療している患者様の数(概算) | 日あたり 人 |
| 患者様1名あたりの平均ショック数(概算) | ～ Shocks |
| 普段治療に用いるbar数(目安) | ～ bar |
| 主に使用するアプリケータ(常時使うものへは◎) | 標準(ビーム) / フォーカス / ディープ / ポイント / D-Actor(20mm) / D-Actor(35mm) / V-Actor |
| 治療する上で重視している機器の性能 | 強度 / 安定性 / 出だしの強さ / その他(　　　　　　) |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 故障内容（不具合を確認できないと修理できませんので、発生条件をできるだけ詳しく記入して下さい） | | | | |
| 故障は | ①出力低下 | ②出力不安定 | ③異音「　　　　　　　」 | ④その他(　　　　　　　　　　　) |
| 故障は | ①常時発生する | ②時々起こる | 日 / 時間 / 分 / 発ごとに発生 | |
| 故障は | ①最初から起こる | ②しばらく使っていると起こる | 時間 / 分 / 発使用後に発生 | |
| 備　考 (修理して何が回復するのを望んでいるか？ / 現状では治療にどんな不都合があるか？ / 機器が痛まないか心配 / 患者におかしいと指摘された / その他 ) | | | | |

不具合発生記録シート

不具合に最初に気づいた時点から、修理を決定するまでの経過をおよそで良いのでお書きください。発生頻度や、症状の進む速度などが推定できるので、修理や点検の参考になります。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 日付 | 時刻 | 発生事象(なるべく詳しく！) |
| 2024/xx/xx | xx:xx- | 1. 力不良 ②出力不安定 ③異音 ④その他 |
| 2024/xx/xx | xx:xx- | 1. 力不良 ②出力不安定 ③異音 ④その他 |
| 2024/xx/xx | xx:xx- | 1. 力不良 ②出力不安定 ③異音 ④その他 |
| 2024/xx/xx | xx:xx- | 1. 力不良 ②出力不安定 ③異音 ④その他 |
| 2024/xx/xx | xx:xx- | 1. 力不良 ②出力不安定 ③異音 ④その他 |
| 2024/xx/xx | xx:xx- | 1. 力不良 ②出力不安定 ③異音 ④その他 |
| 2024/xx/xx | xx:xx- | 1. 力不良 ②出力不安定 ③異音 ④その他 |
| 2024/xx/xx | xx:xx- | 1. 力不良 ②出力不安定 ③異音 ④その他 |
| 2024/xx/xx | xx:xx- | ①出力不良 ②出力不安定 ③異音 ④その他 |