

定期点検サービス

あんど and 安心サポートoneTMののご案内

平成19年4月1日より、病院・診療所または助産所に、医療機器の安全使用を確保するための責任者を配置することが義務づけられ、保守点検が必要とされる医療機器については、保守点検の実施と記録の保管が必要となります。そこで弊社では、従来の修理サービスとは別に、改正医療法に対処した「定期点検サービス」をご用意いたしました。この機会にぜひ、ご利用ください。

● サービス内容

● 総合点検の実施

動作点検・精度校正
性能試験・機能試験
外観確認

※機種によっては実施対象外になる項目もございます。

● 検査成績書の発行

総合点検の結果を検査成績書にてご確認いただけます。



ME 血圧計製品

● 定期点検計画書の発行

製品に適した定期点検の実施計画をご提案いたします。

● 弊社指定消耗品の交換

- ・内布（全自動血圧計）
 - ・乾電池（TM243I/33-JC/4I-JC）
 - ・プリンタ用紙（プリンタ搭載モデル）
 - ・エア配管チューブ※
- 等々
※製造より5年経過した製品が対象

● 点検料金

25,000円（税抜価格）

スワンハート血圧計（UM-101/102） 特別価格 4,000円（税抜価格）

医用電子血圧計（UM-211/212BLE） 特別価格 10,000円（税抜価格）

※送料は、お客様ご負担にてお願い致します。

※プリンターミナルTM-248I/83・解析ターミナルTM-2485/86・プロセッサTM-2025と一緒にご使用いただいております血圧計と共に送付ください。血圧計と共に点検させていただきます。（料金は血圧計本体に含みます。）

※点検の結果、修理（故障部品の交換）が必要になる場合は、点検サービス料金に交換部品の代金を加算した金額を、修理実施前にご連絡申し上げます。

● 保証内容

定期点検後1年以内に故障が発生した場合、修理実施の際に必要な点検費および作業費を無償とし、交換部品代金のみのご請求とさせていただきます。

● 対象機種

ME 血圧計製品

※詳細につきましては、営業員もしくはME機器相談センターまでお問合せください。

● ご依頼方法（送付先）

メンテナンスサービス依頼票（本用紙裏面）に必要事項をご記入のうえ、器械とともに、右記住所まで発送ください。

株式会社エー・アンド・デイ
東海事業所 FE部 FE4課

〒507-0054 岐阜県多治見市宝町9-19
TEL: 0572-21-6644

※付属品（カフ・SpO2センサ・ECG誘導ケーブル・ACアダプタ等）がございましたら、必ず一緒に送付ください。製品本体と共に点検を実施させていただきます。

メンテナンスサービス依頼票

(必要事項をご記入のうえ、器械とともに、表面送付先住所へお送りください。)

◇機器情報

型 式		製 造 番 号		
付 属 品	該当品にチェックを入れて下さい。			
	<input type="checkbox"/> カフ <input type="checkbox"/> ECGケーブル <input type="checkbox"/> 電源コード <input type="checkbox"/> プリンタ用紙 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> カフホース <input type="checkbox"/> ECG中継ケーブル <input type="checkbox"/> 接地アダプタ(3Pアダプタ) <input type="checkbox"/> 腕のせ	<input type="checkbox"/> SpO2センサ <input type="checkbox"/> ECG電極 <input type="checkbox"/> ACアダプタ <input type="checkbox"/> バッテリー	<input type="checkbox"/> SpO2延長ケーブル <input type="checkbox"/> 体温計 <input type="checkbox"/> ダストカバー <input type="checkbox"/> 送信機
故 障 内 容	※ 修理サービスご希望の際は、故障内容をご記入願います。			

①貴社情報 (ご請求先)

名 称		ご 担 当 者	
住 所	〒		
ご 連 絡 先	TEL : (内線 :)	FAX :	

②代理店情報

名 称		ご 担 当 者	
住 所	〒		
ご 連 絡 先	TEL : (内線 :)	FAX :	

③ご使用先情報 (ユーザー様)

名 称		ご 担 当 者	
住 所	〒		
ご 連 絡 先	TEL : (内線 :)	FAX :	

◇完了品の発送先 (該当を○で囲んで下さい。)

① 貴 社	② 代 理 店	③ ご 使 用 先	④ その他 下記に発送先情報をご記入ください。