ใบตรวจเช็คเครื่องวัดและติดตามสัญญาณชีพ (Vital sign Meter or Monitor)

ยี่ห้อ.....	**หอผู้ป่วย/หน่วยงาน**.....
รุ่น.....	**เลขครุภัณฑ์**.....
SERAIL NUMBER.....	**ID ภายใน**.....

รายการ	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ผลการปฏิบัติ
1. ตัวเครื่อง			
2. ECG Electrode Lead			
- 3 Lead			
- 5 Lead			
3. Cable Lead ECG			
- 3 Lead			
- 5 Lead			
4. Cuff BP			
5. Air Hose			
6. Cable Co2			
7. Probe Sensor			
8. Cable Probe Sensor			
9. Temp Probe			
10. สายไฟ AC			
11. Display			
12. Battery			
13. ตะกร้า			
14. รถเข็นพร้อมอุปกรณ์			
15. รายการอื่นๆเพิ่มเติม			

ความเห็นช่าง

.....

.....

.....

วันที่รับเครื่อง ...../...../.....	ลงชื่อผู้ส่งเครื่อง ..... ตำแหน่ง ( )	ลงชื่อผู้รับเครื่อง ..... (เจ้าหน้าที่ศูนย์เครื่องมือแพทย์)
วันที่ส่งคืนเครื่อง ...../...../.....	ลงชื่อผู้รับเครื่อง ..... ตำแหน่ง ( )	ลงชื่อผู้ส่งเครื่อง ..... (เจ้าหน้าที่ศูนย์เครื่องมือแพทย์)