

点検確認書

給水量不足エラー、運転回数1500表示

株式会社 IHIシバウラ
環境事業部

点検担当者：

中澤-裕 

点検年月日	平成 29年 4月 13日	機種名	ONW-10	製造機番	001616
設置場所	群馬県館林市朝日町4-1			TEL : 0276-74-3763	
設置時期	平成20年 6月30日	運転回数	1859	御対応者	

点検項目	点検結果					
スイッチ類						
電源釦	正常	☒	交換	☐		
フィルタリセット釦	正常	☒	交換	☐		
運転/停止釦	正常	☒	交換	☐		
アルコールモード釦	正常	☒	交換	☐		
ランプ類						
操作パネル	正常	☒	交換	☐		
蛍光灯	正常	☒	交換	☐		
洗浄動作						
フタロック	正常	☒	調整	☐	交換	☐
給水	正常	☒	調整	☐	水位センサー	☒
細管洗浄 順方向	正常	☒	調整	☐	交換	☐
細管洗浄 逆方向	正常	☒	調整	☐	交換	☐
細管洗浄 エアパージ	正常	☒	調整	☐	交換	☐
アルコールフラッシュ	正常	☒	調整	☐	交換	☐
オゾン分解ファン	正常	☒	調整	☐	交換	☐
排水	正常	☒	調整	☐	交換	☐
異常音、振動	正常	☒	調整	☐	交換	☐
性能確認						
オゾン水濃度	正常	☒	濃度： 0.52 mg/L			
オゾンインジケータ	正常	☒				
酸素発生	正常	☒	濃度： 92.9 % 流量： 0.79 L/min 圧力： 0.093～0.175 MPa			
水漏れ確認						
装置外	正常	☒	調整	☐	交換	☐
装置内	正常	☒	調整	☐	交換	☐
清掃						
外装	正常	☒	清掃	☐		
内部	正常	☒	清掃	☐		
洗浄コネクタ	正常	☐	調整	☐	交換	☐
洗浄チューブ	正常	☐	調整	☐	交換	☐

交換部品		数量	コメント
水位レベルセンサー	交換 ☒	3	水位レベルセンサーが劣化して「給水量不足エラー」が発生しました。 この部品を交換し、併せて定期部品を交換しました。
吸着筒、吸湿筒	交換 ☒	1	
ドレンフィルター	交換 ☒	1	
オゾン分解触媒	交換 ☒	1	
排水シリコンチューブ	交換 ☒	1	
	交換 ☐		

※：本点検によって知り得た個人情報、他の目的では使用いたしません。

御見積書

岡-16-0040-2

最上胃腸科外科 御中

下記の通りお見積もりいたしますので
何卒ご用命くださいますようお願い申し上げます。

平成28年1月15日

株式会社 IHIシバウラ

機械事業本部 サービスグループ

岡山県岡山市東区西大寺新地170番6

TEL 086-944-6528

FAX 086-942-9030

件名: 内視鏡洗浄機 修理

御見積金額

¥133,800

承認	審査	作成
安 16.2.10 田	中 16.2.10	中 16.2.10

御支払条件 : 貴社慣行払い
納入場所 : 貴社指定場所
見積有効期限 : 発行後3ヶ月

伝票No. : 02-44238

受付日 : 平成28年1月29日

貴社名 : 新鋭工業(株) 東京支店殿

顧客名 : 最上胃腸科外科 様

機種名 : ONW-10 1616号 運転回数:1859

No	品名	摘要	個数	単位	単価	見積金額
1	水位レベルセンサー	故障原因につき要交換	3	本	5,000	15,000
2	吸着筒、吸湿筒	性能低下につき要交換	1	式	63,000	63,000
3	ドレンフィルター	性能低下につき要交換	1	個	1,000	1,000
4	オゾン分解触媒	性能低下につき要交換	1	個	24,000	24,000
5	排水シリコンチューブ	劣化に付き要交換	1	本	800	800
6						0
7						0
8						0
9						0
10						0
11						0
12						0
13						0
14						0
					小計	103,800
15	分解点検、部品取付作業		2	H	9,000	18,000
16	運転検査・清掃		1	H	9,000	9,000
						0
					小計	27,000
17	送料		1	式	3,000	3,000
					小計	3,000
定価					合計	133,800

備考 1.本見積には消費税は含まれておりません。
2.新たに部品の交換が発生した場合は別途お見積もりさせていただきます。
3.本製品は平成21年8月に製造販売を終了しており、修理対応期間は平成28年8月までとさせていただきます。
何卒ご理解、ご了承のほど宜しくお願い申し上げます。

発注書

上記見積もり内容にて発注いたします。

月 日

群馬県館林市朝日町4-1

最上胃腸科外科

医師 最上 建治

ご署名

特定疾患管理料
特定処方加算

印

TEL