|  |
| --- |
| 健康測定機器　使用報告書 |

返却日：令和　　年　　月　　日

１．使用地区（団体名）

２．使用日時　　　　令和　　　年　　　月　　　日（　　）　　　時　　　分　～　　　時　　　分

３．使用場所

４．取扱責任者

↑「取扱説明会」の受講修了証の資格があり、測定に立ち会った人を記入してください。

５．測定人数　　　（　　　　　　名）

６．返却前に下記の内容をチェックして、□にレ点をつけてください。

|  |  |
| --- | --- |
| １）機器および中身は全て揃っていますか。　　使った機器全てを確認してください。 | ２）その他物品については、下記の内容　　を確認してください。 |
| □　自動握力計・・・・本体、電池、説明書□　棒反応・・・・・・本体、説明書□　長座体前屈計・・・本体ﾃｰﾌﾞﾙ・側板、電池、止めねじ４個、説明書□　身長計・・・・・・本体のみ□　自動血圧計・・・・本体、電源ｺｰﾄﾞ、説明書□　体脂肪計(手)・・・本体、電池、説明書□　インナースキャン・本体、電池、説明書□　２ｽﾃｯﾌﾟｼｰﾄ・・・・本体（棒芯に巻く）、説明書□　足指力測定器・・・本体、説明書□　ＢＣチェッカー・・本体、ﾌﾟﾘﾝﾀｰ、配線1本、電源ｺｰﾄﾞ２本、説明書□　肺年齢計・・・・・本体、ﾄﾗﾝｽﾃﾞｭｰｻ、電源ｺｰﾄﾞ、説明書□　骨ウェーブ・・・・本体、円盤、電源ｺｰﾄﾞ、説明書□　のぼり□　ポール（ﾎﾟｰﾙの中に横棒を入れる）□　ポールスタンド□　ＤＶＤプレイヤー・・本体、電源ｺｰﾄﾞ、ﾘﾓｺﾝ、説明書、配線２本 | ●ビブス□　借用枚数は揃っていますか□　洗濯はしましたか●ＤＶＤ・ＣＤ□　ケースの中身は入っていますか□　傷や汚れは付いていませんか |
| ３）消耗品について |
| 消耗品を使用しましたか。□　肺年齢計マウスピース（約　　本）記録用ロール紙を交換しましたか。□　ＢＣチェッカー（　　　本）□　肺年齢計　　　（　　　本）□　骨ウェーブ　　（　　　本） |
| ４）故障、破損、トラブル等があった場合は、下記に記入してください。 |
|  |

【お問合わせ・返却先】伊賀市役所　健康推進課（ハイトピア伊賀４階）　ＴＥＬ２２－９６５３