年　　月

洗浄・消毒履歴

洗浄機NO.

No	月　日	患者番号	患者名	検査項目	スコープ機種・シリアルN	ベッドサイド洗浄時間・担当者	シンク洗浄時間・担当者	消毒液交換	稼働回数	濃度確認	漏水テスト	消毒開始時間	終了時間	アルコールF	保管（担当者）	その他:コメント
1																
2																
3																
4																
5																
6																
7																
8																
9																