

サージマックスシリーズ 臨床試用記録票

日時:		入室時刻:		退室時刻:	
病院名:				診療科目:	
執刀医師:		症例名:		術式:	
麻酔方法:		使用電極(規格):			
各出力設定	CUT	CUT/COAG	HEMO	Bip-Hemo	Bip-Turbo

電極使用箇所		モード	出力数値	備考
1.皮膚切開				
2.皮下剥離	モノポーラ			
	バイポーラ			
3.硬膜				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				

医師評価	
------	--

備考	
----	--

貴社立会い担当者

企業名:	支店名:	氏名:
------	------	-----