

避難所施設安全点検シート

避難所名 _____

開設年月日 _____ 年 月 日 ()

開設時刻 _____ 午前・午後 時 分

記入者氏名 _____

点検項目	点検事項	点検箇所及び異常の有無 (※点検後に☑をつけること)		備考
建物外部	・破損がないか	外壁	(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)	
	・亀裂がないか	窓ガラス	(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)	
	・ゆがみがないか	出入口(ドア)	(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)	
建物内部	・破損がないか	天井	(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)	
	・亀裂がないか	床	(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)	
	・ゆがみがないか	内壁	(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)	
階 段	・通行できるか	階段	(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)	
	・閉鎖されていないか	シャッター	(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)	
電 気	・蛍光灯の破損はないか	蛍光灯	(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)	
	・電線が切れていないか	電線	(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)	
水 道	・破損はないか	蛇口	(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)	
	・水漏れはないか	水道管	(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)	
ガ ス	・破損はないか	元栓	(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)	
	・ガスの漏れはないか	配管	(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)	
ト イ レ	・破損はないか	便器	(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)	
	・水漏れはないか	水の流れ	(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)	
施設備品	・破損はないか ・転倒していないか	机	(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)	
		いす	(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)	
		ロッカー	(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)	
		棚	(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)	
		掲示板(黒板)	(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)	