

日常点検チェックシート

点検年度		点検者名		施設名称	
------	--	------	--	------	--

点検対象部位			点検周期	対象有り	点検内容	点検日	異常		緊急度の評価			異常の箇所、状態など	
							無	有	A	B	C		
建物(外部)	1	建物の敷地及び地盤面		1年	<input type="checkbox"/>	・地盤、舗装に不陸、傾斜、陥没はないか		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A	B	C	
					<input type="checkbox"/>	・側溝に著しい傾き、損傷、排水不良はないか		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A	B	C	
	2	外構		1年	<input type="checkbox"/>	・門扉に転倒のおそれのある傾き、開閉の不具合はないか		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A	B		
					<input type="checkbox"/>	・塀や擁壁に、傾き、ひび割れ、損傷はないか		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A	B	C	
					<input type="checkbox"/>	・擁壁表面や目地から、水のしみ出しや土砂の流出がないか		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A	B	C	
					<input type="checkbox"/>	・擁壁の水抜き穴に詰まりが生じていないか		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A	B	C	
					<input type="checkbox"/>	・雨水・汚水会所の排水不良や会所蓋にガタつきはないか		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A	B	C	
	3	構造上主要な部分		1年	<input type="checkbox"/>	・柱、梁、壁や床にひび割れ、損傷はないか		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A	B	C	
	4	屋根屋上	陸屋根	1年	<input type="checkbox"/>	・表面材(防水層)や伸縮目地材にひび割れや浮きはないか		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A	B	C	
					<input type="checkbox"/>	・排水溝やルーフトレン周りにごみや泥が溜まっていないか		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	速やかに対処			
					<input type="checkbox"/>	・パラペット、笠木に、ひび割れや損傷、浮きはないか		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A	B	C	
					<input type="checkbox"/>	・手すりやタラップに腐食やガタつきはないか		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A	B	C	
					<input type="checkbox"/>	・飛散や落下するおそれのあるものはないか		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	速やかに対処			
			トップライト	1年	<input type="checkbox"/>	・雨漏り、ひび割れなどの劣化はないか		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A	B		
	5	外部	外壁	1年	<input type="checkbox"/>	・外装仕上げ材のひび割れや浮き、剥落はないか		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A	B	C	
					<input type="checkbox"/>	・壁取付金物などの取付不具合はないか		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A	B		
					<input type="checkbox"/>	・伸縮目地材(シーリング材)のひび割れ、硬化はないか		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A	B	C	
	6	外部	軒天井	1年	<input type="checkbox"/>	・軒天井の仕上げが落ちそうなどはないか		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A	B	C	
			庇		<input type="checkbox"/>	・庇部に漏水、さび汁の跡はないか		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A	B		
			樋		<input type="checkbox"/>	・樋や支持金物に損傷やガタつきはないか		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A	B	C	
バルコニー			<input type="checkbox"/>		・手すりに腐食やガタつきはないか		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A	B	C		
7	石綿を含有する可能性のある建材		1年	<input type="checkbox"/>	・外壁仕上塗材等に劣化・損傷はないか		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A				
建物(内部)	建物内部	天井	1年	<input type="checkbox"/>	・天井材にひび割れ、染み、浮き等はないか		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A	B	C		
		壁	1年	<input type="checkbox"/>	・壁材にひび割れ、浮き、剥れ等はないか		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A	B	C		
		床	1年	<input type="checkbox"/>	・床材にひび割れ、浮き、剥れ等はないか		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A	B	C		

点検対象部位			点検周期	対象有り	点検内容	点検日	異常		緊急度の評価			異常の箇所、状態など
							無	有	A	B	C	
建物(内部)	4	建物内部	1年	<input type="checkbox"/>	・扉や窓の開閉、鍵に不具合はないか		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A	B	C	
				<input type="checkbox"/>	・ガラスにひび割れ、損傷はないか		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A	B		
				<input type="checkbox"/>	・ガラスと建具の枠の間に隙間やガタつきはないか		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A	B		
				<input type="checkbox"/>	・建具や枠に変形、損傷、腐食はないか		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A	B	C	
				<input type="checkbox"/>	・自動扉やシャッターの作動は正常か		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A	B		
	5	階段	1年	<input type="checkbox"/>	・床材にひび割れ、浮き、剥れ、段差はないか		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A	B	C	
				<input type="checkbox"/>	・滑り止めのずれ、擦り切れ、破損などはないか		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A	B	C	
				<input type="checkbox"/>	・手すりのガタつき、握り部のささくれなどはないか		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A	B	C	
				<input type="checkbox"/>	・通行の障害になる物品の放置はないか		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	速やかに対処			
	6	石綿使用材料飛散防止措置	1年	<input type="checkbox"/>	・囲い込み材のひび割れ、損傷はないか		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A			
				<input type="checkbox"/>	・封じ込めを行った石綿含有吹付け材等の剥落はないか		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A			
				<input type="checkbox"/>	・吹付けひる石や折版裏打ち断熱材等の劣化が進んでいないか		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A			
	石綿を含有する可能性のある建材	1年	<input type="checkbox"/>	・劣化、損傷がないか		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A				
空調・換気設備	1	冷却塔 【場所:】	6か月	<input type="checkbox"/>	・異臭、異音、異振動はないか		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A	B	C	
				<input type="checkbox"/>	・下部水槽から水があふれ出ていないか		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A	B	C	
	2	ポンプ・モーター (冷温水、冷却水) 【場所:】	6か月	<input type="checkbox"/>	・腐食、異音、異振動、漏水はないか		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A	B	C	
				<input type="checkbox"/>	・ポンプ運転中に電流計は大きく振れてはいないか		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A	B		
	3	冷温水発生機 【場所:】	6か月	<input type="checkbox"/>	・異音、異臭、異振動、漏水はないか		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A	B	C	
				<input type="checkbox"/>	・異臭、漏水はないか		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A	B	C	
冷凍機 【場所:】		3か月	<input type="checkbox"/>	・冷媒液面の低下はないか(レシーバ等)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	速やかに専門点検				
			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	速やかに専門点検				
			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	速やかに専門点検				
			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	速やかに専門点検				

点検対象部位		点検周期	対象有り	点検内容		点検日	異常		緊急度の評価			異常の箇所、状態など
							無	有				
空調・換気設備	3	冷凍機 【場所:】	3か月	<input type="checkbox"/>	・冷水出入口温度に異常はないか	設定温度		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	速やかに専門点検	温度:	
								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	速やかに専門点検	温度:	
								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	速やかに専門点検	温度:	
								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	速やかに専門点検	温度:	
			<input type="checkbox"/>	・冷却水出入口温度(水冷式)に異常はないか	設定温度		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	速やかに専門点検	温度:		
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	速やかに専門点検	温度:			
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	速やかに専門点検	温度:			
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	速やかに専門点検	温度:			
		冷凍機 【場所:】	3か月	<input type="checkbox"/>	・異音、異振動はないか		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	速やかに専門点検			
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	速やかに専門点検				
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	速やかに専門点検				
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	速やかに専門点検				
		ボイラー 【場所:】	6か月	<input type="checkbox"/>	・異音、異臭、異振動、漏水はないか		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A	B	C	
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A	B	C		
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>						
	4	ダクト	1年	<input type="checkbox"/>	・吹出口・吸込口をふさいでいる障害物はないか		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	速やかに対処			
				<input type="checkbox"/>	・損傷、腐食、異音、異臭、異振動はないか		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A	B	C	
	5	ファンコイルユニット 【場所:】	6か月	<input type="checkbox"/>	・空調の効きは正常か、風量は十分に出ているか		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A	B		
				<input type="checkbox"/>	・異音、異臭、異振動、漏水はないか		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A	B	C	
				<input type="checkbox"/>	・異音、異臭、異振動、漏水はないか		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A	B	C	
				<input type="checkbox"/>	・吹出口・吸込口をふさいでいる障害物はないか		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	速やかに対処			
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	速やかに対処			

点検対象部位		点検周期	対象有り	点検内容	点検日	異常		緊急度の評価			異常の箇所、状態など	
						無	有	A	B	C		
空調・換気設備	6	空調機 【場所:】	6か月	<input type="checkbox"/>	・空調の効きは正常か、風量は十分に出ているか		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A	B		
				<input type="checkbox"/>	・異音、異臭、異振動、漏水はないか		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A	B	C	
				<input type="checkbox"/>	・吹出口・吸込口をふさいでいる障害物はないか		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	速やかに対処			
				<input type="checkbox"/>	・フィルターは目詰まりをしていないか		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	速やかに対処			
	7	機械室	6か月	<input type="checkbox"/>	・機械室に荷物などが置かれ倉庫代わりに使われていないか		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	速やかに対処			
				<input type="checkbox"/>	・冷温水配管の漏水はないか		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A			
	8	石綿を含有する可能性のある保温材や断熱材等 【場所:】	1年	<input type="checkbox"/>	・保温材や断熱材(配管エルボ、ボイラー等)などの劣化、損傷はないか		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A			
	9	個別型空調設備 【場所:】	6か月	<input type="checkbox"/>	・異臭、漏水はないか		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A	B	C	
				<input type="checkbox"/>	・室外機のフィンが目詰りしていないか		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	速やかに対処			
			3か月	<input type="checkbox"/>	・室外機周りに油のにじみはないか		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	速やかに専門点検			
				<input type="checkbox"/>	・室外機に異音、異振動はないか		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	速やかに専門点検			
		<input type="checkbox"/>		・熱交換器に腐食、錆びやキズなどはないか		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	速やかに専門点検				
		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	速やかに専門点検				

点検対象部位		点検周期	対象有り	点検内容	点検日	異常		緊急度の評価			異常の箇所、状態など	
						無	有	A	B	C		
空調・換気設備	10	6か月	個別型空調設備 【場所:】	<input type="checkbox"/>	・空調の効きは正常か、風量は十分に出ているか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A	B			
				<input type="checkbox"/>	・室内機周辺の天井に染みはないか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A	B			
				<input type="checkbox"/>	・吹出口・吸込口をふさいでいる障害物はないか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A				
		3か月	個別型空調設備 【場所:】	<input type="checkbox"/>	・室内機の熱交換器に霜が付着していないか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			速やかに対処		
				<input type="checkbox"/>	・室内機の熱交換器や配管に油のにじみはないか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			速やかに対処		
				<input type="checkbox"/>	・室内機に異音、異振動はないか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			速やかに専門点検		
				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			速やかに専門点検		
				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			速やかに専門点検		
				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			速やかに専門点検		
	11	換気設備 【場所:】	6か月	<input type="checkbox"/>	・異音、異臭、異振動はないか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A	B	C		
				<input type="checkbox"/>	・作動しない有圧換気扇や天井換気扇はないか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A	B	C		
給水・衛生設備	1	受水槽など 【場所:】	1年	<input type="checkbox"/>	・損傷、腐食、本体からの漏水はないか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A	B	C		
				<input type="checkbox"/>	・オーバーフロー管から水が出ていないか、通気管の防虫網が破れていないか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A	B			
				<input type="checkbox"/>	・屋内受水槽の設置場所に虫等の生息はないか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A	B			
	2	給排水ポンプ ・モーター 【場所:】	6か月	<input type="checkbox"/>	・腐食、漏水、異音、異臭、異振動はないか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A	B	C		
				<input type="checkbox"/>	・ポンプ運転中に電流計は大きく振れてはいないか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A	B			
	3	給排水管類	1年	<input type="checkbox"/>	・通気口はふさがってないか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				速やかに対処	

点検対象部位		点検周期	対象有り	点検内容	点検日	異常		緊急度の評価			異常の箇所、状態など	
						無	有					
給水・衛生設備	4	給排水管類	1年	<input type="checkbox"/>	・トラップや配管からの異臭はないか		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	速やかに対処			
	5			<input type="checkbox"/>	・配管の腐食、漏水はないか		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A	B	C	
	6	石綿を含有する可能性のある保温材 【場所: 】	1年	<input type="checkbox"/>	・保温材(配管エルボ等)の劣化、損傷はないか		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A			
電気設備	1	受変電設備 【場所: 】	1年	<input type="checkbox"/>	・扉、フェンスの施錠はされているか		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	速やかに対処			
				<input type="checkbox"/>	・倉庫として使用されていないか		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	速やかに対処			
				<input type="checkbox"/>	・損傷、腐食、異常音、異臭はないか		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A	B	C	
	2	高圧引込 (電柱、開閉器、配線) 【場所: 】	1年	<input type="checkbox"/>	・損傷、腐食はないか		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A	B	C	
				<input type="checkbox"/>	・樹木の接近はないか		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A			
	3	非常用発電機	1年	<input type="checkbox"/>	・損傷、腐食はないか		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A	B	C	
	4	直流電源装置 【場所: 】	1年	<input type="checkbox"/>	・蓄電池に損傷、腐食はないか		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A	B		
			6か月	<input type="checkbox"/>	・蓄電池の交換時期は過ぎていないか		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A	B		
	5	分電盤 (分電盤、動力盤、端子盤)	1年	<input type="checkbox"/>	・損傷、腐食はないか		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A	B	C	
				<input type="checkbox"/>	・施錠はされているか		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	速やかに対処			
				<input type="checkbox"/>	・物で隠れたりしていないか		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	速やかに対処			
	6	照明器具	1年	<input type="checkbox"/>	・損傷、腐食はないか		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A	B	C	
				<input type="checkbox"/>	・脱落の恐れはないか		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A			
				<input type="checkbox"/>	・ちらつきや点灯していないものはないか		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	速やかに対処			
	7	コンセント	1年	<input type="checkbox"/>	・たこ足配線していないか		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	速やかに対処			
				<input type="checkbox"/>	・損傷、変色、ほこりはないか		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A			
				<input type="checkbox"/>	・プラグのぐらつきはないか		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	速やかに対処			
				<input type="checkbox"/>	・アース未接続はないか		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	速やかに対処			
	8	電話交換機 【場所: 】	1年	<input type="checkbox"/>	・通話時に雑音はないか		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A	B		
				<input type="checkbox"/>	・換気口の前に物はないか		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	速やかに対処			
中央監視装置 (警報盤) 【場所: 】		1年	<input type="checkbox"/>	・表示部の不具合はないか		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A	B			
	6か月	<input type="checkbox"/>	・蓄電池の交換時期は過ぎていないか		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A	B				

点検対象部位		点検周期	対象有り	点検内容	点検日	異常		緊急度の評価			異常の箇所、状態など	
						無	有					
電気設備	9	トイレ等呼出装置 【場所:】	1年	<input type="checkbox"/>	・正常に作動するか		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A			
				<input type="checkbox"/>	・損傷、変形はないか		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A	B		
	10	放送設備	1年	<input type="checkbox"/>	・スピーカーから雑音が発生するなどの異常はないか		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A	B		
	11	外灯 (ポール灯、庭園灯)	1年	<input type="checkbox"/>	・損傷、腐食はないか		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A	B	C	
				<input type="checkbox"/>	・ちらつきや点灯していないものはないか		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	速やかに対処			
	12	太陽光発電 【場所:】	1年	<input type="checkbox"/>	・発電状況(発電しているか)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A			
				<input type="checkbox"/>	・太陽光パネルや架台に損傷、腐食はないか		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A	B	C	
<input type="checkbox"/>				・パワーコンディショナーの換気口に目詰まりはないか		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	速やかに対処				
13	テレビアンテナ 【場所:】	1年	<input type="checkbox"/>	・アンテナや支持金物に損傷、腐食、脱落の恐れはないか		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A	B	C		
14	避雷針 【場所:】	1年	<input type="checkbox"/>	・避雷針や支持金物、導線に損傷、腐食、脱落の恐れはないか		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A	B	C		
ガス設備	1	ガス漏れ警報器 【場所:】	1年	<input type="checkbox"/>	・有効期限は切れていないか		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	速やかに対処			
	2	換気扇 【場所:】	1年	<input type="checkbox"/>	・ガス機器周辺の換気扇は正常に動くか		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A			
	3	給気口 【場所:】	1年	<input type="checkbox"/>	・ガス機器使用室の扉にある給気口や天井の吹出口はふさがれていないか		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	速やかに対処			
防災設備	1	自動火災報知 設備受信機 【場所:】	6か月	<input type="checkbox"/>	・受信機の電源は入っているか		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	速やかに対処			
				<input type="checkbox"/>	・異常ランプは点灯していないか		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	速やかに対処			
			6か月	<input type="checkbox"/>	・蓄電池の交換時期は過ぎていないか		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A	B		
				<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A	B		
2	防火戸 防火シャッター	6か月	<input type="checkbox"/>	・閉鎖に障害となる物を置いていないか		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	速やかに対処				
防災設備	3	排煙口開放装置	6か月	<input type="checkbox"/>	・装置の不具合はないか		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A	B	C	
	4	消火栓・避難器具	6か月	<input type="checkbox"/>	・使用に障害となるものが置かれていないか		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	速やかに対処			
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	速やかに対処				

点検対象部位		点検周期	対象有り	点検内容	点検日	異常		緊急度の評価		異常の箇所、状態など
						無	有			
防災設備	5	誘導灯	6か月	<input type="checkbox"/>	・誘導灯は常に点灯しているか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	速やかに対処		
	6	消火器	6か月	<input type="checkbox"/>	・所定の場所に置かれているか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	速やかに対処		
昇降設備	1	エレベーター	1年	<input type="checkbox"/>	・エレベーター機械室は施錠されているか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	速やかに対処		
				<input type="checkbox"/>	・扉の開閉に異常はないか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A		
				<input type="checkbox"/>	・異音、振動、着床段差等はないか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A	B	
2	エスカレーター	1年	<input type="checkbox"/>	・異音、振動等はないか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A	B		

日常点検チェックシート

点検年度	令和5年度	点検者名	大阪太郎	施設名称	〇〇〇〇〇〇	記入例
------	-------	------	------	------	--------	-----

点検対象部位	点検周期	対象有り	点検内容	点検日	異常		緊急度の評価			異常の箇所、状態など		
					無	有	A	B	C			
建物(外部)	1	建物敷地及び地盤面	1年	<input checked="" type="checkbox"/> ・地盤、舗装に不陸、傾斜、陥没はないか	2/26	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A	B	C		
				<input checked="" type="checkbox"/> ・側溝に著しい傾き、損傷、排水不良はないか	2/26	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	A	B	C	側溝が著しく傾いている	
	2	外構	1年	<input checked="" type="checkbox"/> ・門扉に転倒のおそれのある傾き、開閉の不具合はないか	2/26	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A	B	C	<div style="border: 2px solid blue; padding: 5px;"> <p>【○を記入】 ABCセルの中心をダブルクリックで○が付きます。</p> <p>【○を削除】 ○があるABCセルの中心をダブルクリックすると○が消えます。</p> </div>	
				<input checked="" type="checkbox"/> ・塀や擁壁に、傾き、ひび割れ、損傷はないか	2/26	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A	B	C		
				<input checked="" type="checkbox"/> ・擁壁表面や目地から、水のしみ出しや土砂の流出がないか	2/26	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A	B	C		
				<input checked="" type="checkbox"/> ・擁壁の水抜き穴に詰まりが生じていないか	2/26	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A	B	C		
				<input checked="" type="checkbox"/> ・雨水・汚水会所の排水不良や会所蓋にガタつきはないか	2/26	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A	B	C		
	3	構造上主要な部分	1年	<input checked="" type="checkbox"/> ・柱、梁、壁や床にひび割れ、損傷はないか	2/26	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A	B	C		
	4	屋根屋上	陸屋根	1年	<input checked="" type="checkbox"/> ・表面材(防水層)や伸縮目地材にひび割れや浮きはないか	2/26	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	A	B	C	床にひび割れがある
					<input checked="" type="checkbox"/> ・排水溝やルーフトレン周りにごみや泥が溜まっていないか	2/26	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	速やかに対処			ルーフトレンが詰まっている
					<input checked="" type="checkbox"/> ・パラペット、笠木に、ひび割れや損傷、浮きはないか	2/26	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A	B	C	
					<input checked="" type="checkbox"/> ・手すりやタラップに腐食やガタつきはないか	2/26	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A	B	C	
					<input checked="" type="checkbox"/> ・飛散や落下するおそれのあるものはないか	2/26	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	速やかに対処			
		トプライト	1年	<input checked="" type="checkbox"/> ・雨漏り、ひび割れなどの劣化はないか	2/26	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A	B			
	5	外部	外壁	1年	<input checked="" type="checkbox"/> ・外装仕上げ材のひび割れや浮き、剥落はないか	2/26	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A	B	C	
					<input checked="" type="checkbox"/> ・壁取付金物などの取付不具合はないか	2/26	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A	B		
					<input checked="" type="checkbox"/> ・伸縮目地材(シーリング材)のひび割れ、硬化はないか	2/26	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A	B	C	
	6	外部	軒天井	1年	<input checked="" type="checkbox"/> ・軒天井の仕上げが落ちそうなところはないか	2/26	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A	B	C	
			庇		<input checked="" type="checkbox"/> ・庇部に漏水、さび汁の跡はないか	2/26	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A	B		
			樋		<input checked="" type="checkbox"/> ・樋や支持金物に損傷やガタつきはないか	2/26	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A	B	C	
バルコニー			<input checked="" type="checkbox"/> ・手すりに腐食やガタつきはないか		2/26	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A	B	C		
7	石綿を含有する可能性のある建材	1年	<input checked="" type="checkbox"/> ・外壁仕上塗材等に劣化・損傷はないか	2/26	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A					

ファイルを開いたら、マクロを有効にしてください。

点検日のセルをダブルクリックすると、入力した日の日付が入ります。