**職場巡視チェックシート（事務所用）**

黄色部分に

貴社情報を記入ください

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 実 施 日 | ●●年　●●月　●●日　　●●：●●　～　●●：●● | | | 事業所名 | | | ●● |
| 巡視場所 | ●● | | | | | | |
| 巡視同行者 | ●● | | | 産業医氏名 | | ●● | |
| 業務内容 | ●● | ○：問題なし、△：改善検討、×：要改善 | | | | | |
| **チェックリスト** | | **前回指摘** | **今回** | | **詳細場所・指摘項目** | | | |
| 室内の人口密度、換気は適切か | | ○ | ○ | |  | | | |
| 室内の温度・湿度は適切か（17-28℃、40-70%） | | ○ | ○ | | 指摘事項があれば、  内容を記入ください | | | |
| 作業に適切な照度が室内で保たれているか | | ○ | ○ | |  | | | |
| VDT作業（作業姿勢・休憩時間）は適切か | | ○ | ○ | |  | | | |
| 大きな騒音・振動がないか | | ○ | ○ | |  | | | |
| ゴミ箱の位置や大きさなど、清潔が保たれているか、 | | ○ | ○ | |  | | | |
| 机や通路など、整理整頓が行われているか | | ○ | ○ | |  | | | |
| 通路は確保されているか、階段は安全に昇降できるか | | ○ | ○ | |  | | | |
| ロッカー、棚などに耐震対策が出来ているか | | ○ | ○ | |  | | | |
| トイレ・洗面設備は清潔に保たれているか | | ○ | ○ | |  | | | |
| 給水・排水設備の状況は適切か | | ○ | ○ | |  | | | |
| 給湯室や冷蔵庫の整理整頓清掃が行われているか | | ○ | ○ | |  | | | |
| 喫煙室の環境整備、受動喫煙対策は行われているか | | ○ | ○ | |  | | | |
| 休養室の設置と利用状況の確認 | | ○ | ○ | |  | | | |
| 救急箱やAEDが適切に配置・管理されているか | | ○ | ○ | |  | | | |
| 防災準備・維持管理はされているか  （消火器、避難経路、防火扉、非常階段、非常食等） | | ○ | ○ | |  | | | |
| 指摘項目のまとめ |  | | | | | | |