

地域防災拠点確認票2（内部）

拠点名	報告日時	報告者
小・中学校	令和 年 月 日 時 分	

1 調査箇所

調査箇所	<input type="checkbox"/> 体育館 <input type="checkbox"/> 格技場 <input type="checkbox"/> 職員室 <input type="checkbox"/> 家庭科室 <input type="checkbox"/> 保健室	カッコ内は、 位置を記入する こと
	<input type="checkbox"/> 教室（場所）	
	<input type="checkbox"/> トイレ（場所）	
	<input type="checkbox"/> 廊下（場所）	
	<input type="checkbox"/> 昇降口（場所）	

2 点検項目

A：良好

B：管理活動で措置可能

C：管理活動で措置不可能

点検項目		A	B	C
<input type="checkbox"/> 出火防止措置を講じたか？		A	B	C
<input type="checkbox"/> ガス臭くないか？		A	B	C
<input type="checkbox"/> 出入口の扉の開閉ができるか？		A	B	C
<input type="checkbox"/> 床の破損がないか		A	B	C
<input type="checkbox"/> 柱及び壁面等に亀裂・剥離がないか？		A	B	C
<input type="checkbox"/> 天井の亀裂・落下がないか？		A	B	C
<input type="checkbox"/> 窓ガラス破損は何枚か？		A	破損	枚
<input type="checkbox"/> 備品等の転倒、落下がないか？		A	B	C
<input type="checkbox"/> 電気はつくか？		A	B	C
<input type="checkbox"/> 断水していないか？		A	B	C
<input type="checkbox"/> 特記事項（緊急に必要な補修など）			