

安全衛生自動檢查記錄表

_____實驗室

負責人：_____

督導員：_____

- 請依各實驗室的設備、場所及裝置之實際情況，詳細自動檢查記錄。
- 每一張表格請填表人及負責人於「主管」處確實簽名。
- 「氣罩（排煙櫃）安全衛生檢查檢點記錄表」請依實驗室內台數，分別填寫。

中 華 民 國 年 月

安全衛生自動檢查檢點記錄表

年

(半年一次)

檢 查 項 目	檢 查 重 點		檢 查 結 果										備 註 (改善或建議事項)
			月 / 日		月 / 日		月 / 日		月 / 日		月 / 日		
			是	否	是	否	是	否	是	否	是	否	
藥品櫃	(1)	藥品使用完畢後是否緊閉並置回原位整齊存放											
	(2)	藥品名稱是否標示清楚											
	(3)	各藥櫃是否關閉上鎖											
	(4)	藥品櫃內無藥品洩漏情形											
	(5)	危害性化學物質是否分類儲放並加以標示											
消防滅火設施	(1)	是否備有防止 B、C 類火災之滅火器											
	(2)	各滅火器是否保持堪用狀態											
	(3)	貯放場所有無明顯標示											
儀器及附屬設備	(1)	儀器使用完畢是否有依程序關閉											
	(2)	電線絕緣包覆無被破壞致裸露											
污染防治設施	(1)	廢溶劑貯存之內容物是否標示清楚											
	(2)	廢液收集是否外洩											
	(3)	廢液貯存場所溫度是否超過攝氏 50 度											
	(4)	固體廢棄物是否分類貯存											
檢驗室內整體環境條件	(1)	照明、緊急照明系統是否良好											
	(2)	室內保持整潔，無積水，通道明確											
	(3)	物品、器材放置有條不紊											
	(4)	各項警示標示是否清楚											
	(5)	緊急疏散標示是否清楚											

受檢場所名稱及編號：

檢查人員：

實驗室負責老師：

系主任：

有機溶劑作業暨特定化學物質防護裝置檢點記錄表

_____年

(半年一次)

檢 查 項 目	檢 查 重 點	檢 查 結 果										備 註 (改善或 建議事項)
		月/日		月/日		月/日		月/日		月/日		
		是	否	是	否	是	否	是	否	是	否	
一、勞 工作業 及有機 溶劑使 用情形	1. 是否無直接接觸有機溶劑之現象											
	2. 是否無不適當之工作方法致使溶劑瀰漫											
	3. (如果必要使用防毒口罩時)是否攜帶防毒口罩											
	4. 是否隨手對溶劑容器加蓋											
	5. 檢點本週有機溶劑消費量是否在規定範圍內											
	6. 是否室內僅置放當天所需使用之溶劑											
	7. 所有溶劑是否標示其種類及名稱											
	8. 作業場所是否公告使用有機溶劑應注意事項											
二、特 定化學 物質作 業作 業防 護勞 工健 康之 裝 置	1. 避難梯是否保持暢通無阻?											
	2. 洗眼, 洗身, 漱口, 更衣設備是否均以已設置且保持隨時可用狀況。											
	3. 下列防護具是否足夠： 安全帽、穿鞋、手套、防毒口罩、安全眼鏡、實驗衣											
	4. 特殊檢驗時，人員有無正確使用安全防護具											
	5. 上列防護具是否均保持其性能及清潔。											
三、整 體換 氣 裝 置	1. 風扇機是否無故障											
	2. 新增設備是否不影響空氣流動											
	3. 作業場所是否無造成正、負壓											
	4. 扇風機內、外側是否無受阻礙											

受檢場所名稱及編號：

檢查人員：

場所負責人員：

單位主管：

電器設備、火氣設備及防火避難設施 自行檢查記錄表

_____ 年

(每半年一次)

檢查項目	檢 查 重 點		檢查結果						備註
			月/日		月/日		月/日		
			是	否	是	否	是	否	
電器設施	(1)	檢查電線包覆無損傷，充電部無露出等足以漏電、短路引起火災之虞。							
	(2)	開關、插座等無因接觸不良而發熱或變色。							
	(3)	無使用多孔插座超過線額定電流量，保險絲無以鐵絲等物品替代。							
	(4)	電線有加以固定無絆倒之虞。							
	(5)	受電盤及分電盤（含各種電驛、儀表及其切換開關等）之動作試驗。							
	(6)	屋外配電線路情況							
防火避難設施	(1)	避難路線及逃生門未當作其他用途使用。							
	(2)	通道等未放置妨礙避難逃生之物品。							
	(3)	場所內設有避難逃生路線。							
	(4)	避難路線及逃生門保持暢通無阻。							
使用火氣設施	(1)	周圍清掃避免堆積可燃物。							
	(2)	是否無放置可能因地震倒塌、掉落之物品或可燃物。							
	(3)	配管、燃料容器應有防止傾倒或撞擊之措施。							
	(4)	下班前應即清理各項廢棄物，並察看確認無未熄滅之火種。							

受檢場所名稱及編號：

檢查人員：

場所負責人員：

單位主管：

緊急淋浴及(或)沖眼設備檢查檢點記錄表

_____年

(每三個月一次)

檢 查 重 點	檢 查 結 果 (正 常√, 異 常×)				備 註
	月/日	月/日	月/日	月/日	
(1) 水流管路保持暢通?					
(2) 水源開關閥無故障?					
(3) 拉環無鬆動掉落?					
(4) 連接拉環之開關無故障?					
(5) 淋浴罩, 洗眼配備是否完整?					
(6) 檢視水質之外觀顏色是否正常?					

_____年

(每三個月一次)

檢 查 重 點	檢 查 結 果 (正 常√, 異 常×)				備 註
	月/日	月/日	月/日	月/日	
(1) 水流管路保持暢通?					
(2) 水源開關閥無故障?					
(3) 拉環無鬆動掉落?					
(4) 連接拉環之開關無故障?					
(5) 淋浴罩, 洗眼配備是否完整?					
(6) 檢視水質之外觀顏色是否正常?					

受檢場所名稱及編號：

檢查人員：

場所負責人員：

單位主管：

鋼瓶自動檢查表

_____年

鋼瓶名稱（或編號）：

（每次換新）

檢查重點	檢 查 結 果										備 註
	月／日		月／日		月／日		月／日		月／日		
	是	否	是	否	是	否	是	否	是	否	
1. 鋼瓶是否直立固定(上下二條鍊條或固定架固定)。											
2. 鋼瓶成分是否標示清楚。											
3. 調壓器是否無洩漏											
4. 鋼瓶柱塞、調壓器、輸送管路等是否無腐蝕、損壞、洩漏之情形。											
5. 鋼瓶置放處是否避開易燃物，或是火源及高熱處。											
6. 鋼瓶未安裝於管線系統時是否加裝護蓋。											
7. 鋼瓶是否以吊牌等標示 [空]或[滿]											
8. 管線是否以顏色或吊牌等標示內容氣體。											

受檢場所名稱及編號：

檢查人員：

場所負責人員：

單位主管：

第一種壓力容器(消毒鍋、滅菌釜) 自動檢查記錄表

_____年

容器名稱與編號：

(每半年一次)

項次	檢 查 部 份	檢 查 結 果								備 註 (改善措施)
		月/日		月/日		月/日		月/日		
		是 (有)	否 (無)	是 (有)	否 (無)	是 (有)	否 (無)	是 (有)	否 (無)	
1	本體是否無損傷									
2	蓋板螺栓是否無損耗									
3	是否依操作程序操作									
4	安全閥或壓力錶是否正常									
5	管及閥等是否無損傷、洩漏									
6	自動控制裝置是否無異常									
7	平台支架是否無嚴重腐蝕。									
8	其他保持性能之必要事項是否無異常									
註：本表保存期限 3 年。										

受檢場所名稱及編號：

檢查人員：

場所負責人員：

單位主管：

小型壓力容器(消毒鍋、滅菌釜) 自動檢查記錄表

_____年

容器名稱與編號：

(每半年一次)

項次	檢 查 部 份	檢 查 結 果								備 註 (改善措施)
		月/日		月/日		月/日		月/日		
		是 (有)	否 (無)	是 (有)	否 (無)	是 (有)	否 (無)	是 (有)	否 (無)	
1	本體是否無損傷									
2	蓋板螺栓是否無損耗									
3	是否依操作程序操作									
4	安全閥或壓力錶是否正常									
5	管及閥等是否無損傷、洩漏									
6	自動控制裝置是否無異常									
7	平台支架是否無嚴重腐蝕。									
8	其他保持性能之必要事項是否無異常									
註：本表保存期限3年。										

受檢場所名稱及編號：

檢查人員：

場所負責人員：

單位主管：

第二種壓力容器(氣體容器、空氣壓縮機) 自動檢查記錄表

_____年

容器名稱與編號：

(每半年一次)

項次	檢 查 部 份	檢 查 結 果								備 註 (改善措施)
		月/日		月/日		月/日		月/日		
		是 (有)	否 (無)	是 (有)	否 (無)	是 (有)	否 (無)	是 (有)	否 (無)	
1	內面及外面是否無顯著損傷、裂痕、變形及腐蝕。									
2	蓋、凸緣、閘、旋塞等是否無異常。									
3	安全閘、壓力表與其他安全裝置之性能是否無異常。									
4	是否依操作程序操作									
5	排水閘是否無故障、堵塞									
6	其他保持性能之必要事項是否無異常									
註：本表保存期限3年。										

受檢場所名稱及編號：

檢查人員：

場所負責人員：

單位主管：

離心機 自動檢查記錄表

_____年

容器名稱與編號：

(每半年一次)

項次	檢 查 部 份	檢 查 結 果								備 註 (改善措施)
		月/日		月/日		月/日		月/日		
		是 (有)	否 (無)	是 (有)	否 (無)	是 (有)	否 (無)	是 (有)	否 (無)	
1	外殼、護罩是否無損傷，變型或腐蝕									
2	回轉體(轉速、破裂、異響)是否正常									
3	主軸軸承是否正常(無異響)									
4	螺絲是否無脫落									
5	煞車是否良好									
6	接地線是否無脫落									
7	電線被覆是否無劣化、破裂									
8	連鎖反應是否正常									
註：本表保存期限3年。										

受檢場所名稱及編號：

檢查人員：

場所負責人員：

單位主管：

粉塵檢查檢點記錄表(每週一次)

檢查日期： 年 月 日

檢查項目	檢 查 重 點		檢 查 結 果		備 註 (改善或建議事項)
			是	否	
勞工作業情形 及粉塵狀況	(1)	是否每天清掃乙次以上?			
	(2)	是否無不當的工作方法致使粉塵飛揚?			
	(3)	是否不在作業場合吸煙或飲食?			
	(4)	應著有效之呼吸防護具時，是否確實著用?			

檢查日期： 年 月 日

檢查項目	檢 查 重 點		檢 查 結 果		備 註 (改善或建議事項)
			是	否	
勞工作業情形 及粉塵狀況	(1)	是否每天清掃乙次以上?			
	(2)	是否無不當的工作方法致使粉塵飛揚?			
	(3)	是否不在作業場合吸煙或飲食?			
	(4)	應著有效之呼吸防護具時，是否確實著用?			

檢查日期： 年 月 日

檢查項目	檢 查 重 點		檢 查 結 果		備 註 (改善或建議事項)
			是	否	
勞工作業情形 及粉塵狀況	(1)	是否每天清掃乙次以上?			
	(2)	是否無不當的工作方法致使粉塵飛揚?			
	(3)	是否不在作業場合吸煙或飲食?			
	(4)	應著有效之呼吸防護具時，是否確實著用?			

受檢場所名稱及編號：

檢查人員：

場所負責人員：

單位主管：

風力發電機定期檢查記錄表

_____年

發電機編號：

(每三月一次)

檢 查 部 份	檢 查 結 果								備 註 (改善措施)
	月/日		月/日		月/日		月/日		
	是	否	是	否	是	否	是	否	
(一)葉輪檢查									
葉片是否顯著裂痕、變形或銹蝕									
葉片螺絲是否鬆脫									
葉片防護網是否損壞、變形或銹蝕									
轉動是否有雜音									
葉輪制定器是否有效									
輪軸是否有足夠牛油或潤滑油									
其他之必要事項									
(二)機身檢查									
固定鋼索是否銹蝕、鬆脫或斷裂									
機體鋼管是否銹蝕、變形、彎曲或傾斜									
發電機是否過熱									
電線是否破裂或漏電									
機體鋼管是否漏電									
其他之必要事項									

受檢場所名稱及編號：

檢查人員：

場所負責人員：

單位主管：

氣罩(排煙櫃)安全衛生檢查檢點記錄表

檢查日期： 年 月 日 (每半年一次，氣罩請編號)

檢查項目	檢 查 重 點	檢查結果																備 註 (改善或建議事項)	
		編號 A		編號 B		編號		編號		編號		編號		編號		編號			
		是 (有)	否 (無)	是 (有)	否 (無)	是 (有)	否 (無)	是 (有)	否 (無)	是 (有)	否 (無)	是 (有)	否 (無)	是 (有)	否 (無)	是 (有)	否 (無)		
氣罩 (排煙櫃)	1. 馬達是否無故障、啟動時室內音量是否無異常																		
	2. 排煙櫃之拉門是否無故障																		
	3. 導管及氣罩有無破損、腐蝕或凹凸																		
	4. 拉門是否標示開度上限																		
	5. 導管及氣罩內有無堆積粉塵																		
	6. 有無外來氣流影響氣罩效率																		

受檢場所名稱及編號：

檢查人員：

場所負責人員：

單位主管：