

被災状況確認表

施設名	確認日時	確認者
	年 月 日 時 分	

1 施設周辺、施設外観の状況

調査箇所	点検項目	異常無し 又は良好	異常有
施設周辺	<input type="checkbox"/> 近くで火災が発生していないか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 延焼の危険性はないか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> ガス臭がしないか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 地割れ、陥没、隆起、液状化がないか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 施設周辺の建築物等が倒壊し、危険ではないか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 断線し垂れ下がっている電線はないか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 周辺道路(幹線道路からの進入の可否)は通行できるか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 特記事項		
施設外観 (外観)	<input type="checkbox"/> 建物が傾いていないか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 柱および壁面等に亀裂・剥離がないか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 窓ガラスの破損がないか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 出入口の扉が開閉できるか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 電気はつくか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 特記事項		
施設外観 (別館)	<input type="checkbox"/> 建物が傾いていないか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 柱および壁面等に亀裂・剥離がないか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 窓ガラスの破損がないか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 出入口の扉が開閉できるか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 電気はつくか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 特記事項		

2 施設内部の状況

調査箇所	階	室・トイレ・廊下						
点検項目 A:良好 B:良好ではないが、応急 措置で対応 可能 C:応急措置で は対応不可 能	<input type="checkbox"/>	出火防止措置を講じたか	<input type="checkbox"/>	A	<input type="checkbox"/>	B	<input type="checkbox"/>	C
	<input type="checkbox"/>	ガス臭くないか	<input type="checkbox"/>	A	<input type="checkbox"/>	B	<input type="checkbox"/>	C
	<input type="checkbox"/>	出入口の扉は開閉ができるか	<input type="checkbox"/>	A	<input type="checkbox"/>	B	<input type="checkbox"/>	C
	<input type="checkbox"/>	床の破損がないか	<input type="checkbox"/>	A	<input type="checkbox"/>	B	<input type="checkbox"/>	C
	<input type="checkbox"/>	柱および壁面等に亀裂・剥離がないか	<input type="checkbox"/>	A	<input type="checkbox"/>	B	<input type="checkbox"/>	C
	<input type="checkbox"/>	天井の亀裂・落下がないか	<input type="checkbox"/>	A	<input type="checkbox"/>	B	<input type="checkbox"/>	C
	<input type="checkbox"/>	窓ガラスの破損がないか	<input type="checkbox"/>	A	<input type="checkbox"/>	B	<input type="checkbox"/>	C
	<input type="checkbox"/>	備品等の転倒、落下がないか	<input type="checkbox"/>	A	<input type="checkbox"/>	B	<input type="checkbox"/>	C
	<input type="checkbox"/>	電気はつくか	<input type="checkbox"/>	A	<input type="checkbox"/>	B	<input type="checkbox"/>	C
	<input type="checkbox"/>	断水していないか	<input type="checkbox"/>	A	<input type="checkbox"/>	B	<input type="checkbox"/>	C
<input type="checkbox"/>	特記事項(緊急に必要な補修など)							