

# 建設業

★毎月1日は安全点検の日 事業者・労働者のみなんで点検を実施しましょう！

\*安全点検表(例)

平成 年 月 日実施

	点 検 項 目	チェック
1	当日の作業内容・周辺業務の状況は確認できていますか？	<input type="checkbox"/> できている <input type="checkbox"/> 十分にはできていない
2	当日の作業における危険箇所・急所などは把握できていますか？	<input type="checkbox"/> できている <input type="checkbox"/> 十分にはできていない
3	体調は大丈夫ですか？	<input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 不安がある
4	ヘルメットや安全帯などの保護具を含め、服装は適切ですか？	<input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 悪い
5	資格が必要な作業に、無資格で作業を行っていませんか？	<input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> している
6	高所作業を行う時の足場等作業床は確保されていますか？	<input type="checkbox"/> されている <input type="checkbox"/> されていない
7	その日の作業を開始する前に足場を点検していますか？	<input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> している
8	開口部や作業床の端には、手すりなどの墜落防止措置ができていますか？	<input type="checkbox"/> できている <input type="checkbox"/> できていない
9	安全帯を使用することができますか？	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない
10	必要があって手すりや幅木などを一時的に外した後、復旧はしていますか？	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない
11	重機との接触やはさまれ防止対策はとれていますか？	<input type="checkbox"/> とれている <input type="checkbox"/> とれていない
12	丸のこ盤などの歯の接触防止装置は使用していますか？	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない
13	4S(整理・整頓・清掃・清潔)に努めていますか？	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない