

20 年度 特定病原体等用 安全キャビネット 自主点検表

(1年に1回以上点検実施)

機番等

5年間保管

部局名		点検日	20 年 月 日
研究室名		点検者	
設置場所		判定	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 要改善

1. 設置状況確認事項

確認事項	確認内容	判定			備考
		異常なし	要改善(修理)	該当なし	
設置条件	製品本体に風や日光が直接当たっていませんか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	床面と本体が水平になっていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
電源接続	コンセントが正しく接続されて、周辺が清掃されていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

2. [運転開始前] 検査項目

※ 運転開始前におこなって下さい。

キャビネット本体	前面シャッターは正常に動作しますか。また、ヒビや傷がついていませんか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	シャッターを過剰に開けたり閉めたりしたときの警告音は正常に作動しますか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	シャッターチェックは正常に動作しますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	蛍光灯および殺菌灯(グローランプも含む)は正常に点灯しますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	ドレンバルブは閉じていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
ガスバーナー	ガス供給用のホースに劣化や傷がなく、正しく接続されていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	製品本体のガス元栓の開閉がスムーズですか。また、ガス漏れはありませんか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	正常に点火しますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

3. [運転開始後] 検査項目

検査項目	検査内容	判定			備考
		異常なし	要改善(修理)	該当なし	
キャビネット本体	気流は吸い込み口に流れていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	稼働時に異常な振動や音がしませんか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

異常が確認された場合には必ず専門業者に依頼し、点検・修理を受け、その記録(内容・日時など)を備考欄に記してください。この検査表は必ず5年間保管してください。

※自署又は押印

病原体取扱責任者

(20 年 月 日)

病原体取扱主任者

(20 年 月 日)