新生學校財團法人新生醫護管理專科學校

安全衛生自動檢查記錄表

名稱：化學實驗室

　112 學年度　第　1　學期

表單編號:總-環-02-F03

新生學校財團法人新生醫護管理專科學校

化學實驗室**每日**安全衛生自動檢查記錄表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 檢查  項目 | 檢查日期  檢查重點 | 月 日  星期一 | 月 日  星期二 | 月 日  星期三 | 月 日  星期四 | 月 日  星期五 | 月 日  星期六 | 月 日  星期日 | **抽查及複核**  **月 日**  **星期** |
| 藥  品  櫃 | 1.藥品使用完畢後是否緊閉並物歸原位 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.藥品名稱及危害辨識資料是否標示清楚 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.危害藥品是否置放特定區內並加以標示 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.藥品是否依酸、鹼、有機、無機分類，不同類別依相容性分類儲存放置 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5.有無完整之物質安全資料表(SDS) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6.藥品容器安全密封保存 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7.是否設有使藥品不傾倒、不溢漏之措施 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8.各藥品櫃是否關閉妥當 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 通  風  櫃 | 1.馬達有無故障或異音 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.氣罩開口是否在適當位置(20cm) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.導管有無破裂或腐蝕 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.操作危害物或特定化學物質時有無在通風櫃進行 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 緊急淋浴設備 | 1.是否測試緊急淋浴之功能 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.是否測試緊急洗眼器之功能 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.檢查水質之外觀顏色 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.是否有明顯之標示 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 儀器機械  設備 | 1.儀器使用功能是否正常 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.儀器使用完畢是否依程序關閉 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.電線絕緣包覆是否被破壞至裸露 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.運轉之儀器、機械設備有無接地 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 安全衛生防護 | 1.下列防護具是否足夠：安全帽、手套、防塵防毒口罩、安全眼鏡、實驗衣 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.特殊檢驗時人員是否正確使用安全防護具 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 消防滅火設備 | 1.消防滅火設備儲存場所有無標示清楚 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.滅火器功能是否正常、無過期定期更換 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.防火毯儲放位置是否標示清楚 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.逃生方向是否標示清楚 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5.緊急照明燈功能是否正常 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 檢查  項目 | 檢查日期  檢查重點 | 月 日  星期一 | 月 日  星期二 | 月 日  星期三 | 月 日  星期四 | 月 日  星期五 | 月 日  星期六 | 月 日  星期日 | **抽查及複核**  **月 日**  **星期** |
| 廢  液  處  理 | 1.廢液儲存場所溫度不超過50℃ |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.廢液內容物是否標示清楚 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.實驗廢液是否依分類倒入儲存桶 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.廢液儲存場所是否有預防洩漏設備 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5.廢液儲存場所是否通風良好或有抽風設備 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 整體環境條件 | 1.門窗無損壞或脫落 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.通風無異常氣味 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.通道是否通暢 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.照明燈具是否正常 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5.設備有無正常 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6.出入口是否標示清楚 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7.環境是否保持整潔 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8.資源回收物分類確實 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9.耗材及設備使用完畢後是否歸回原位 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 檢查人員（任課教師）簽章 | |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. 檢查結果：正常√、異常× （檢查異常時應同時提出修繕申請單，申請單編號： ）。
2. 本表依「新生學校財團法人新生醫護管理專科學校安全衛生管理辦法」作記錄，至少保存三年。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **管理教師：** | **科主任：** | **安衛管理人員：** | **安衛單位主管:** |
|  |  |  |  |

新生學校財團法人新生醫護管理專科學校

化學實驗室**每日**安全衛生自動檢查記錄表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 檢查  項目 | 檢查日期  檢查重點 | 月 日  星期一 | 月 日  星期二 | 月 日  星期三 | 月 日  星期四 | 月 日  星期五 | 月 日  星期六 | 月 日  星期日 | **抽查及複核**  **月 日**  **星期** |
| 藥  品  櫃 | 1.藥品使用完畢後是否緊閉並物歸原位 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.藥品名稱及危害辨識資料是否標示清楚 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.危害藥品是否置放特定區內並加以標示 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.藥品是否依酸、鹼、有機、無機分類，不同類別依相容性分類儲存放置 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5.有無完整之物質安全資料表(SDS) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6.藥品容器安全密封保存 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7.是否設有使藥品不傾倒、不溢漏之措施 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8.各藥品櫃是否關閉妥當 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 通  風  櫃 | 1.馬達有無故障或異音 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.氣罩開口是否在適當位置(20cm) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.導管有無破裂或腐蝕 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.操作危害物或特定化學物質時有無在通風櫃進行 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 緊急淋浴設備 | 1.是否測試緊急淋浴之功能 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.是否測試緊急洗眼器之功能 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.檢查水質之外觀顏色 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.是否有明顯之標示 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 儀器機械  設備 | 1.儀器使用功能是否正常 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.儀器使用完畢是否依程序關閉 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.電線絕緣包覆是否被破壞至裸露 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.運轉之儀器、機械設備有無接地 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 安全衛生防護 | 1.下列防護具是否足夠：安全帽、手套、防塵防毒口罩、安全眼鏡、實驗衣 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.特殊檢驗時人員是否正確使用安全防護具 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 消防滅火設備 | 1.消防滅火設備儲存場所有無標示清楚 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.滅火器功能是否正常、無過期定期更換 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.防火毯儲放位置是否標示清楚 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.逃生方向是否標示清楚 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5.緊急照明燈功能是否正常 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 檢查  項目 | 檢查日期  檢查重點 | 月 日  星期一 | 月 日  星期二 | 月 日  星期三 | 月 日  星期四 | 月 日  星期五 | 月 日  星期六 | 月 日  星期日 | **抽查及複核**  **月 日**  **星期** |
| 廢  液  處  理 | 1.廢液儲存場所溫度不超過50℃ |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.廢液內容物是否標示清楚 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.實驗廢液是否依分類倒入儲存桶 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.廢液儲存場所是否有預防洩漏設備 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5.廢液儲存場所是否通風良好或有抽風設備 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 整體環境條件 | 1.門窗無損壞或脫落 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.通風無異常氣味 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.通道是否通暢 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.照明燈具是否正常 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5.設備有無正常 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6.出入口是否標示清楚 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7.環境是否保持整潔 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8.資源回收物分類確實 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9.耗材及設備使用完畢後是否歸回原位 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 檢查人員（任課教師）簽章 | |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. 檢查結果：正常√、異常× （檢查異常時應同時提出修繕申請單，申請單編號： ）。
2. 本表依「新生學校財團法人新生醫護管理專科學校安全衛生管理辦法」作記錄，至少保存三年。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **管理教師：** | **科主任：** | **安衛管理人員：** | **安衛單位主管:** |
|  |  |  |  |

新生學校財團法人新生醫護管理專科學校

化學實驗室**每日**安全衛生自動檢查記錄表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 檢查  項目 | 檢查日期  檢查重點 | 月 日  星期一 | 月 日  星期二 | 月 日  星期三 | 月 日  星期四 | 月 日  星期五 | 月 日  星期六 | 月 日  星期日 | **抽查及複核**  **月 日**  **星期** |
| 藥  品  櫃 | 1.藥品使用完畢後是否緊閉並物歸原位 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.藥品名稱及危害辨識資料是否標示清楚 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.危害藥品是否置放特定區內並加以標示 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.藥品是否依酸、鹼、有機、無機分類，不同類別依相容性分類儲存放置 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5.有無完整之物質安全資料表(SDS) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6.藥品容器安全密封保存 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7.是否設有使藥品不傾倒、不溢漏之措施 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8.各藥品櫃是否關閉妥當 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 通  風  櫃 | 1.馬達有無故障或異音 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.氣罩開口是否在適當位置(20cm) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.導管有無破裂或腐蝕 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.操作危害物或特定化學物質時有無在通風櫃進行 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 緊急淋浴設備 | 1.是否測試緊急淋浴之功能 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.是否測試緊急洗眼器之功能 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.檢查水質之外觀顏色 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.是否有明顯之標示 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 儀器機械  設備 | 1.儀器使用功能是否正常 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.儀器使用完畢是否依程序關閉 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.電線絕緣包覆是否被破壞至裸露 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.運轉之儀器、機械設備有無接地 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 安全衛生防護 | 1.下列防護具是否足夠：安全帽、手套、防塵防毒口罩、安全眼鏡、實驗衣 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.特殊檢驗時人員是否正確使用安全防護具 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 消防滅火設備 | 1.消防滅火設備儲存場所有無標示清楚 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.滅火器功能是否正常、無過期定期更換 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.防火毯儲放位置是否標示清楚 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.逃生方向是否標示清楚 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5.緊急照明燈功能是否正常 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 檢查  項目 | 檢查日期  檢查重點 | 月 日  星期一 | 月 日  星期二 | 月 日  星期三 | 月 日  星期四 | 月 日  星期五 | 月 日  星期六 | 月 日  星期日 | **抽查及複核**  **月 日**  **星期** |
| 廢  液  處  理 | 1.廢液儲存場所溫度不超過50℃ |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.廢液內容物是否標示清楚 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.實驗廢液是否依分類倒入儲存桶 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.廢液儲存場所是否有預防洩漏設備 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5.廢液儲存場所是否通風良好或有抽風設備 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 整體環境條件 | 1.門窗無損壞或脫落 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.通風無異常氣味 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.通道是否通暢 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.照明燈具是否正常 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5.設備有無正常 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6.出入口是否標示清楚 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7.環境是否保持整潔 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8.資源回收物分類確實 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9.耗材及設備使用完畢後是否歸回原位 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 檢查人員（任課教師）簽章 | |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. 檢查結果：正常√、異常× （檢查異常時應同時提出修繕申請單，申請單編號： ）。
2. 本表依「新生學校財團法人新生醫護管理專科學校安全衛生管理辦法」作記錄，至少保存三年。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **管理教師：** | **科主任：** | **安衛管理人員：** | **安衛單位主管:** |
|  |  |  |  |

新生學校財團法人新生醫護管理專科學校

化學實驗室**每日**安全衛生自動檢查記錄表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 檢查  項目 | 檢查日期  檢查重點 | 月 日  星期一 | 月 日  星期二 | 月 日  星期三 | 月 日  星期四 | 月 日  星期五 | 月 日  星期六 | 月 日  星期日 | **抽查及複核**  **月 日**  **星期** |
| 藥  品  櫃 | 1.藥品使用完畢後是否緊閉並物歸原位 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.藥品名稱及危害辨識資料是否標示清楚 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.危害藥品是否置放特定區內並加以標示 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.藥品是否依酸、鹼、有機、無機分類，不同類別依相容性分類儲存放置 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5.有無完整之物質安全資料表(SDS) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6.藥品容器安全密封保存 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7.是否設有使藥品不傾倒、不溢漏之措施 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8.各藥品櫃是否關閉妥當 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 通  風  櫃 | 1.馬達有無故障或異音 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.氣罩開口是否在適當位置(20cm) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.導管有無破裂或腐蝕 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.操作危害物或特定化學物質時有無在通風櫃進行 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 緊急淋浴設備 | 1.是否測試緊急淋浴之功能 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.是否測試緊急洗眼器之功能 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.檢查水質之外觀顏色 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.是否有明顯之標示 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 儀器機械  設備 | 1.儀器使用功能是否正常 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.儀器使用完畢是否依程序關閉 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.電線絕緣包覆是否被破壞至裸露 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.運轉之儀器、機械設備有無接地 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 安全衛生防護 | 1.下列防護具是否足夠：安全帽、手套、防塵防毒口罩、安全眼鏡、實驗衣 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.特殊檢驗時人員是否正確使用安全防護具 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 消防滅火設備 | 1.消防滅火設備儲存場所有無標示清楚 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.滅火器功能是否正常、無過期定期更換 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.防火毯儲放位置是否標示清楚 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.逃生方向是否標示清楚 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5.緊急照明燈功能是否正常 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 檢查  項目 | 檢查日期  檢查重點 | 月 日  星期一 | 月 日  星期二 | 月 日  星期三 | 月 日  星期四 | 月 日  星期五 | 月 日  星期六 | 月 日  星期日 | **抽查及複核**  **月 日**  **星期** |
| 廢  液  處  理 | 1.廢液儲存場所溫度不超過50℃ |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.廢液內容物是否標示清楚 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.實驗廢液是否依分類倒入儲存桶 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.廢液儲存場所是否有預防洩漏設備 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5.廢液儲存場所是否通風良好或有抽風設備 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 整體環境條件 | 1.門窗無損壞或脫落 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.通風無異常氣味 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.通道是否通暢 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.照明燈具是否正常 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5.設備有無正常 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6.出入口是否標示清楚 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7.環境是否保持整潔 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8.資源回收物分類確實 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9.耗材及設備使用完畢後是否歸回原位 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 檢查人員（任課教師）簽章 | |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. 檢查結果：正常√、異常× （檢查異常時應同時提出修繕申請單，申請單編號： ）。
2. 本表依「新生學校財團法人新生醫護管理專科學校安全衛生管理辦法」作記錄，至少保存三年。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **管理教師：** | **科主任：** | **安衛管理人員：** | **安衛單位主管:** |
|  |  |  |  |

新生學校財團法人新生醫護管理專科學校

化學實驗室**每日**安全衛生自動檢查記錄表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 檢查  項目 | 檢查日期  檢查重點 | 月 日  星期一 | 月 日  星期二 | 月 日  星期三 | 月 日  星期四 | 月 日  星期五 | 月 日  星期六 | 月 日  星期日 | **抽查及複核**  **月 日**  **星期** |
| 藥  品  櫃 | 1.藥品使用完畢後是否緊閉並物歸原位 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.藥品名稱及危害辨識資料是否標示清楚 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.危害藥品是否置放特定區內並加以標示 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.藥品是否依酸、鹼、有機、無機分類，不同類別依相容性分類儲存放置 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5.有無完整之物質安全資料表(SDS) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6.藥品容器安全密封保存 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7.是否設有使藥品不傾倒、不溢漏之措施 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8.各藥品櫃是否關閉妥當 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 通  風  櫃 | 1.馬達有無故障或異音 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.氣罩開口是否在適當位置(20cm) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.導管有無破裂或腐蝕 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.操作危害物或特定化學物質時有無在通風櫃進行 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 緊急淋浴設備 | 1.是否測試緊急淋浴之功能 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.是否測試緊急洗眼器之功能 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.檢查水質之外觀顏色 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.是否有明顯之標示 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 儀器機械  設備 | 1.儀器使用功能是否正常 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.儀器使用完畢是否依程序關閉 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.電線絕緣包覆是否被破壞至裸露 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.運轉之儀器、機械設備有無接地 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 安全衛生防護 | 1.下列防護具是否足夠：安全帽、手套、防塵防毒口罩、安全眼鏡、實驗衣 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.特殊檢驗時人員是否正確使用安全防護具 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 消防滅火設備 | 1.消防滅火設備儲存場所有無標示清楚 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.滅火器功能是否正常、無過期定期更換 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.防火毯儲放位置是否標示清楚 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.逃生方向是否標示清楚 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5.緊急照明燈功能是否正常 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 檢查  項目 | 檢查日期  檢查重點 | 月 日  星期一 | 月 日  星期二 | 月 日  星期三 | 月 日  星期四 | 月 日  星期五 | 月 日  星期六 | 月 日  星期日 | **抽查及複核**  **月 日**  **星期** |
| 廢  液  處  理 | 1.廢液儲存場所溫度不超過50℃ |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.廢液內容物是否標示清楚 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.實驗廢液是否依分類倒入儲存桶 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.廢液儲存場所是否有預防洩漏設備 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5.廢液儲存場所是否通風良好或有抽風設備 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 整體環境條件 | 1.門窗無損壞或脫落 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.通風無異常氣味 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.通道是否通暢 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.照明燈具是否正常 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5.設備有無正常 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6.出入口是否標示清楚 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7.環境是否保持整潔 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8.資源回收物分類確實 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9.耗材及設備使用完畢後是否歸回原位 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 檢查人員（任課教師）簽章 | |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. 檢查結果：正常√、異常× （檢查異常時應同時提出修繕申請單，申請單編號： ）。
2. 本表依「新生學校財團法人新生醫護管理專科學校安全衛生管理辦法」作記錄，至少保存三年。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **管理教師：** | **科主任：** | **安衛管理人員：** | **安衛單位主管:** |
|  |  |  |  |

新生學校財團法人新生醫護管理專科學校

化學實驗室**每日**安全衛生自動檢查記錄表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 檢查  項目 | 檢查日期  檢查重點 | 月 日  星期一 | 月 日  星期二 | 月 日  星期三 | 月 日  星期四 | 月 日  星期五 | 月 日  星期六 | 月 日  星期日 | **抽查及複核**  **月 日**  **星期** |
| 藥  品  櫃 | 1.藥品使用完畢後是否緊閉並物歸原位 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.藥品名稱及危害辨識資料是否標示清楚 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.危害藥品是否置放特定區內並加以標示 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.藥品是否依酸、鹼、有機、無機分類，不同類別依相容性分類儲存放置 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5.有無完整之物質安全資料表(SDS) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6.藥品容器安全密封保存 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7.是否設有使藥品不傾倒、不溢漏之措施 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8.各藥品櫃是否關閉妥當 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 通  風  櫃 | 1.馬達有無故障或異音 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.氣罩開口是否在適當位置(20cm) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.導管有無破裂或腐蝕 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.操作危害物或特定化學物質時有無在通風櫃進行 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 緊急淋浴設備 | 1.是否測試緊急淋浴之功能 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.是否測試緊急洗眼器之功能 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.檢查水質之外觀顏色 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.是否有明顯之標示 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 儀器機械  設備 | 1.儀器使用功能是否正常 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.儀器使用完畢是否依程序關閉 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.電線絕緣包覆是否被破壞至裸露 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.運轉之儀器、機械設備有無接地 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 安全衛生防護 | 1.下列防護具是否足夠：安全帽、手套、防塵防毒口罩、安全眼鏡、實驗衣 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.特殊檢驗時人員是否正確使用安全防護具 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 消防滅火設備 | 1.消防滅火設備儲存場所有無標示清楚 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.滅火器功能是否正常、無過期定期更換 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.防火毯儲放位置是否標示清楚 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.逃生方向是否標示清楚 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5.緊急照明燈功能是否正常 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 檢查  項目 | 檢查日期  檢查重點 | 月 日  星期一 | 月 日  星期二 | 月 日  星期三 | 月 日  星期四 | 月 日  星期五 | 月 日  星期六 | 月 日  星期日 | **抽查及複核**  **月 日**  **星期** |
| 廢  液  處  理 | 1.廢液儲存場所溫度不超過50℃ |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.廢液內容物是否標示清楚 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.實驗廢液是否依分類倒入儲存桶 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.廢液儲存場所是否有預防洩漏設備 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5.廢液儲存場所是否通風良好或有抽風設備 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 整體環境條件 | 1.門窗無損壞或脫落 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.通風無異常氣味 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.通道是否通暢 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.照明燈具是否正常 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5.設備有無正常 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6.出入口是否標示清楚 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7.環境是否保持整潔 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8.資源回收物分類確實 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9.耗材及設備使用完畢後是否歸回原位 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 檢查人員（任課教師）簽章 | |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. 檢查結果：正常√、異常× （檢查異常時應同時提出修繕申請單，申請單編號： ）。
2. 本表依「新生學校財團法人新生醫護管理專科學校安全衛生管理辦法」作記錄，至少保存三年。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **管理教師：** | **科主任：** | **安衛管理人員：** | **安衛單位主管:** |
|  |  |  |  |

新生學校財團法人新生醫護管理專科學校

化學實驗室**每日**安全衛生自動檢查記錄表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 檢查  項目 | 檢查日期  檢查重點 | 月 日  星期一 | 月 日  星期二 | 月 日  星期三 | 月 日  星期四 | 月 日  星期五 | 月 日  星期六 | 月 日  星期日 | **抽查及複核**  **月 日**  **星期** |
| 藥  品  櫃 | 1.藥品使用完畢後是否緊閉並物歸原位 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.藥品名稱及危害辨識資料是否標示清楚 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.危害藥品是否置放特定區內並加以標示 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.藥品是否依酸、鹼、有機、無機分類，不同類別依相容性分類儲存放置 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5.有無完整之物質安全資料表(SDS) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6.藥品容器安全密封保存 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7.是否設有使藥品不傾倒、不溢漏之措施 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8.各藥品櫃是否關閉妥當 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 通  風  櫃 | 1.馬達有無故障或異音 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.氣罩開口是否在適當位置(20cm) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.導管有無破裂或腐蝕 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.操作危害物或特定化學物質時有無在通風櫃進行 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 緊急淋浴設備 | 1.是否測試緊急淋浴之功能 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.是否測試緊急洗眼器之功能 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.檢查水質之外觀顏色 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.是否有明顯之標示 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 儀器機械  設備 | 1.儀器使用功能是否正常 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.儀器使用完畢是否依程序關閉 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.電線絕緣包覆是否被破壞至裸露 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.運轉之儀器、機械設備有無接地 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 安全衛生防護 | 1.下列防護具是否足夠：安全帽、手套、防塵防毒口罩、安全眼鏡、實驗衣 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.特殊檢驗時人員是否正確使用安全防護具 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 消防滅火設備 | 1.消防滅火設備儲存場所有無標示清楚 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.滅火器功能是否正常、無過期定期更換 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.防火毯儲放位置是否標示清楚 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.逃生方向是否標示清楚 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5.緊急照明燈功能是否正常 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 檢查  項目 | 檢查日期  檢查重點 | 月 日  星期一 | 月 日  星期二 | 月 日  星期三 | 月 日  星期四 | 月 日  星期五 | 月 日  星期六 | 月 日  星期日 | **抽查及複核**  **月 日**  **星期** |
| 廢  液  處  理 | 1.廢液儲存場所溫度不超過50℃ |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.廢液內容物是否標示清楚 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.實驗廢液是否依分類倒入儲存桶 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.廢液儲存場所是否有預防洩漏設備 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5.廢液儲存場所是否通風良好或有抽風設備 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 整體環境條件 | 1.門窗無損壞或脫落 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.通風無異常氣味 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.通道是否通暢 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.照明燈具是否正常 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5.設備有無正常 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6.出入口是否標示清楚 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7.環境是否保持整潔 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8.資源回收物分類確實 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9.耗材及設備使用完畢後是否歸回原位 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 檢查人員（任課教師）簽章 | |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. 檢查結果：正常√、異常× （檢查異常時應同時提出修繕申請單，申請單編號： ）。
2. 本表依「新生學校財團法人新生醫護管理專科學校安全衛生管理辦法」作記錄，至少保存三年。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **管理教師：** | **科主任：** | **安衛管理人員：** | **安衛單位主管:** |
|  |  |  |  |

新生學校財團法人新生醫護管理專科學校

化學實驗室**每日**安全衛生自動檢查記錄表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 檢查  項目 | 檢查日期  檢查重點 | 月 日  星期一 | 月 日  星期二 | 月 日  星期三 | 月 日  星期四 | 月 日  星期五 | 月 日  星期六 | 月 日  星期日 | **抽查及複核**  **月 日**  **星期** |
| 藥  品  櫃 | 1.藥品使用完畢後是否緊閉並物歸原位 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.藥品名稱及危害辨識資料是否標示清楚 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.危害藥品是否置放特定區內並加以標示 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.藥品是否依酸、鹼、有機、無機分類，不同類別依相容性分類儲存放置 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5.有無完整之物質安全資料表(SDS) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6.藥品容器安全密封保存 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7.是否設有使藥品不傾倒、不溢漏之措施 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8.各藥品櫃是否關閉妥當 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 通  風  櫃 | 1.馬達有無故障或異音 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.氣罩開口是否在適當位置(20cm) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.導管有無破裂或腐蝕 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.操作危害物或特定化學物質時有無在通風櫃進行 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 緊急淋浴設備 | 1.是否測試緊急淋浴之功能 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.是否測試緊急洗眼器之功能 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.檢查水質之外觀顏色 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.是否有明顯之標示 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 儀器機械  設備 | 1.儀器使用功能是否正常 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.儀器使用完畢是否依程序關閉 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.電線絕緣包覆是否被破壞至裸露 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.運轉之儀器、機械設備有無接地 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 安全衛生防護 | 1.下列防護具是否足夠：安全帽、手套、防塵防毒口罩、安全眼鏡、實驗衣 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.特殊檢驗時人員是否正確使用安全防護具 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 消防滅火設備 | 1.消防滅火設備儲存場所有無標示清楚 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.滅火器功能是否正常、無過期定期更換 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.防火毯儲放位置是否標示清楚 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.逃生方向是否標示清楚 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5.緊急照明燈功能是否正常 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 檢查  項目 | 檢查日期  檢查重點 | 月 日  星期一 | 月 日  星期二 | 月 日  星期三 | 月 日  星期四 | 月 日  星期五 | 月 日  星期六 | 月 日  星期日 | **抽查及複核**  **月 日**  **星期** |
| 廢  液  處  理 | 1.廢液儲存場所溫度不超過50℃ |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.廢液內容物是否標示清楚 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.實驗廢液是否依分類倒入儲存桶 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.廢液儲存場所是否有預防洩漏設備 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5.廢液儲存場所是否通風良好或有抽風設備 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 整體環境條件 | 1.門窗無損壞或脫落 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.通風無異常氣味 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.通道是否通暢 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.照明燈具是否正常 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5.設備有無正常 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6.出入口是否標示清楚 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7.環境是否保持整潔 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8.資源回收物分類確實 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9.耗材及設備使用完畢後是否歸回原位 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 檢查人員（任課教師）簽章 | |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. 檢查結果：正常√、異常× （檢查異常時應同時提出修繕申請單，申請單編號： ）。
2. 本表依「新生學校財團法人新生醫護管理專科學校安全衛生管理辦法」作記錄，至少保存三年。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **管理教師：** | **科主任：** | **安衛管理人員：** | **安衛單位主管:** |
|  |  |  |  |

新生學校財團法人新生醫護管理專科學校

化學實驗室**每日**安全衛生自動檢查記錄表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 檢查  項目 | 檢查日期  檢查重點 | 月 日  星期一 | 月 日  星期二 | 月 日  星期三 | 月 日  星期四 | 月 日  星期五 | 月 日  星期六 | 月 日  星期日 | **抽查及複核**  **月 日**  **星期** |
| 藥  品  櫃 | 1.藥品使用完畢後是否緊閉並物歸原位 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.藥品名稱及危害辨識資料是否標示清楚 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.危害藥品是否置放特定區內並加以標示 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.藥品是否依酸、鹼、有機、無機分類，不同類別依相容性分類儲存放置 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5.有無完整之物質安全資料表(SDS) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6.藥品容器安全密封保存 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7.是否設有使藥品不傾倒、不溢漏之措施 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8.各藥品櫃是否關閉妥當 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 通  風  櫃 | 1.馬達有無故障或異音 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.氣罩開口是否在適當位置(20cm) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.導管有無破裂或腐蝕 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.操作危害物或特定化學物質時有無在通風櫃進行 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 緊急淋浴設備 | 1.是否測試緊急淋浴之功能 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.是否測試緊急洗眼器之功能 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.檢查水質之外觀顏色 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.是否有明顯之標示 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 儀器機械  設備 | 1.儀器使用功能是否正常 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.儀器使用完畢是否依程序關閉 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.電線絕緣包覆是否被破壞至裸露 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.運轉之儀器、機械設備有無接地 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 安全衛生防護 | 1.下列防護具是否足夠：安全帽、手套、防塵防毒口罩、安全眼鏡、實驗衣 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.特殊檢驗時人員是否正確使用安全防護具 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 消防滅火設備 | 1.消防滅火設備儲存場所有無標示清楚 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.滅火器功能是否正常、無過期定期更換 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.防火毯儲放位置是否標示清楚 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.逃生方向是否標示清楚 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5.緊急照明燈功能是否正常 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 檢查  項目 | 檢查日期  檢查重點 | 月 日  星期一 | 月 日  星期二 | 月 日  星期三 | 月 日  星期四 | 月 日  星期五 | 月 日  星期六 | 月 日  星期日 | **抽查及複核**  **月 日**  **星期** |
| 廢  液  處  理 | 1.廢液儲存場所溫度不超過50℃ |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.廢液內容物是否標示清楚 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.實驗廢液是否依分類倒入儲存桶 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.廢液儲存場所是否有預防洩漏設備 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5.廢液儲存場所是否通風良好或有抽風設備 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 整體環境條件 | 1.門窗無損壞或脫落 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.通風無異常氣味 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.通道是否通暢 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.照明燈具是否正常 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5.設備有無正常 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6.出入口是否標示清楚 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7.環境是否保持整潔 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8.資源回收物分類確實 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9.耗材及設備使用完畢後是否歸回原位 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 檢查人員（任課教師）簽章 | |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. 檢查結果：正常√、異常× （檢查異常時應同時提出修繕申請單，申請單編號： ）。
2. 本表依「新生學校財團法人新生醫護管理專科學校安全衛生管理辦法」作記錄，至少保存三年。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **管理教師：** | **科主任：** | **安衛管理人員：** | **安衛單位主管:** |
|  |  |  |  |

新生學校財團法人新生醫護管理專科學校

化學實驗室**每日**安全衛生自動檢查記錄表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 檢查  項目 | 檢查日期  檢查重點 | 月 日  星期一 | 月 日  星期二 | 月 日  星期三 | 月 日  星期四 | 月 日  星期五 | 月 日  星期六 | 月 日  星期日 | **抽查及複核**  **月 日**  **星期** |
| 藥  品  櫃 | 1.藥品使用完畢後是否緊閉並物歸原位 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.藥品名稱及危害辨識資料是否標示清楚 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.危害藥品是否置放特定區內並加以標示 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.藥品是否依酸、鹼、有機、無機分類，不同類別依相容性分類儲存放置 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5.有無完整之物質安全資料表(SDS) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6.藥品容器安全密封保存 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7.是否設有使藥品不傾倒、不溢漏之措施 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8.各藥品櫃是否關閉妥當 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 通  風  櫃 | 1.馬達有無故障或異音 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.氣罩開口是否在適當位置(20cm) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.導管有無破裂或腐蝕 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.操作危害物或特定化學物質時有無在通風櫃進行 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 緊急淋浴設備 | 1.是否測試緊急淋浴之功能 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.是否測試緊急洗眼器之功能 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.檢查水質之外觀顏色 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.是否有明顯之標示 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 儀器機械  設備 | 1.儀器使用功能是否正常 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.儀器使用完畢是否依程序關閉 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.電線絕緣包覆是否被破壞至裸露 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.運轉之儀器、機械設備有無接地 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 安全衛生防護 | 1.下列防護具是否足夠：安全帽、手套、防塵防毒口罩、安全眼鏡、實驗衣 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.特殊檢驗時人員是否正確使用安全防護具 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 消防滅火設備 | 1.消防滅火設備儲存場所有無標示清楚 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.滅火器功能是否正常、無過期定期更換 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.防火毯儲放位置是否標示清楚 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.逃生方向是否標示清楚 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5.緊急照明燈功能是否正常 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 檢查  項目 | 檢查日期  檢查重點 | 月 日  星期一 | 月 日  星期二 | 月 日  星期三 | 月 日  星期四 | 月 日  星期五 | 月 日  星期六 | 月 日  星期日 | **抽查及複核**  **月 日**  **星期** |
| 廢  液  處  理 | 1.廢液儲存場所溫度不超過50℃ |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.廢液內容物是否標示清楚 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.實驗廢液是否依分類倒入儲存桶 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.廢液儲存場所是否有預防洩漏設備 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5.廢液儲存場所是否通風良好或有抽風設備 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 整體環境條件 | 1.門窗無損壞或脫落 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.通風無異常氣味 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.通道是否通暢 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.照明燈具是否正常 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5.設備有無正常 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6.出入口是否標示清楚 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7.環境是否保持整潔 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8.資源回收物分類確實 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9.耗材及設備使用完畢後是否歸回原位 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 檢查人員（任課教師）簽章 | |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. 檢查結果：正常√、異常× （檢查異常時應同時提出修繕申請單，申請單編號： ）。
2. 本表依「新生學校財團法人新生醫護管理專科學校安全衛生管理辦法」作記錄，至少保存三年。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **管理教師：** | **科主任：** | **安衛管理人員：** | **安衛單位主管:** |
|  |  |  |  |

新生學校財團法人新生醫護管理專科學校

化學實驗室**每日**安全衛生自動檢查記錄表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 檢查  項目 | 檢查日期  檢查重點 | 月 日  星期一 | 月 日  星期二 | 月 日  星期三 | 月 日  星期四 | 月 日  星期五 | 月 日  星期六 | 月 日  星期日 | **抽查及複核**  **月 日**  **星期** |
| 藥  品  櫃 | 1.藥品使用完畢後是否緊閉並物歸原位 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.藥品名稱及危害辨識資料是否標示清楚 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.危害藥品是否置放特定區內並加以標示 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.藥品是否依酸、鹼、有機、無機分類，不同類別依相容性分類儲存放置 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5.有無完整之物質安全資料表(SDS) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6.藥品容器安全密封保存 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7.是否設有使藥品不傾倒、不溢漏之措施 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8.各藥品櫃是否關閉妥當 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 通  風  櫃 | 1.馬達有無故障或異音 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.氣罩開口是否在適當位置(20cm) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.導管有無破裂或腐蝕 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.操作危害物或特定化學物質時有無在通風櫃進行 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 緊急淋浴設備 | 1.是否測試緊急淋浴之功能 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.是否測試緊急洗眼器之功能 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.檢查水質之外觀顏色 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.是否有明顯之標示 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 儀器機械  設備 | 1.儀器使用功能是否正常 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.儀器使用完畢是否依程序關閉 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.電線絕緣包覆是否被破壞至裸露 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.運轉之儀器、機械設備有無接地 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 安全衛生防護 | 1.下列防護具是否足夠：安全帽、手套、防塵防毒口罩、安全眼鏡、實驗衣 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.特殊檢驗時人員是否正確使用安全防護具 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 消防滅火設備 | 1.消防滅火設備儲存場所有無標示清楚 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.滅火器功能是否正常、無過期定期更換 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.防火毯儲放位置是否標示清楚 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.逃生方向是否標示清楚 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5.緊急照明燈功能是否正常 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 檢查  項目 | 檢查日期  檢查重點 | 月 日  星期一 | 月 日  星期二 | 月 日  星期三 | 月 日  星期四 | 月 日  星期五 | 月 日  星期六 | 月 日  星期日 | **抽查及複核**  **月 日**  **星期** |
| 廢  液  處  理 | 1.廢液儲存場所溫度不超過50℃ |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.廢液內容物是否標示清楚 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.實驗廢液是否依分類倒入儲存桶 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.廢液儲存場所是否有預防洩漏設備 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5.廢液儲存場所是否通風良好或有抽風設備 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 整體環境條件 | 1.門窗無損壞或脫落 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.通風無異常氣味 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.通道是否通暢 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.照明燈具是否正常 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5.設備有無正常 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6.出入口是否標示清楚 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7.環境是否保持整潔 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8.資源回收物分類確實 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9.耗材及設備使用完畢後是否歸回原位 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 檢查人員（任課教師）簽章 | |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. 檢查結果：正常√、異常× （檢查異常時應同時提出修繕申請單，申請單編號： ）。
2. 本表依「新生學校財團法人新生醫護管理專科學校安全衛生管理辦法」作記錄，至少保存三年。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **管理教師：** | **科主任：** | **安衛管理人員：** | **安衛單位主管:** |
|  |  |  |  |

新生學校財團法人新生醫護管理專科學校

化學實驗室**每日**安全衛生自動檢查記錄表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 檢查  項目 | 檢查日期  檢查重點 | 月 日  星期一 | 月 日  星期二 | 月 日  星期三 | 月 日  星期四 | 月 日  星期五 | 月 日  星期六 | 月 日  星期日 | **抽查及複核**  **月 日**  **星期** |
| 藥  品  櫃 | 1.藥品使用完畢後是否緊閉並物歸原位 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.藥品名稱及危害辨識資料是否標示清楚 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.危害藥品是否置放特定區內並加以標示 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.藥品是否依酸、鹼、有機、無機分類，不同類別依相容性分類儲存放置 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5.有無完整之物質安全資料表(SDS) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6.藥品容器安全密封保存 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7.是否設有使藥品不傾倒、不溢漏之措施 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8.各藥品櫃是否關閉妥當 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 通  風  櫃 | 1.馬達有無故障或異音 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.氣罩開口是否在適當位置(20cm) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.導管有無破裂或腐蝕 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.操作危害物或特定化學物質時有無在通風櫃進行 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 緊急淋浴設備 | 1.是否測試緊急淋浴之功能 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.是否測試緊急洗眼器之功能 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.檢查水質之外觀顏色 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.是否有明顯之標示 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 儀器機械  設備 | 1.儀器使用功能是否正常 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.儀器使用完畢是否依程序關閉 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.電線絕緣包覆是否被破壞至裸露 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.運轉之儀器、機械設備有無接地 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 安全衛生防護 | 1.下列防護具是否足夠：安全帽、手套、防塵防毒口罩、安全眼鏡、實驗衣 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.特殊檢驗時人員是否正確使用安全防護具 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 消防滅火設備 | 1.消防滅火設備儲存場所有無標示清楚 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.滅火器功能是否正常、無過期定期更換 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.防火毯儲放位置是否標示清楚 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.逃生方向是否標示清楚 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5.緊急照明燈功能是否正常 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 檢查  項目 | 檢查日期  檢查重點 | 月 日  星期一 | 月 日  星期二 | 月 日  星期三 | 月 日  星期四 | 月 日  星期五 | 月 日  星期六 | 月 日  星期日 | **抽查及複核**  **月 日**  **星期** |
| 廢  液  處  理 | 1.廢液儲存場所溫度不超過50℃ |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.廢液內容物是否標示清楚 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.實驗廢液是否依分類倒入儲存桶 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.廢液儲存場所是否有預防洩漏設備 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5.廢液儲存場所是否通風良好或有抽風設備 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 整體環境條件 | 1.門窗無損壞或脫落 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.通風無異常氣味 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.通道是否通暢 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.照明燈具是否正常 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5.設備有無正常 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6.出入口是否標示清楚 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7.環境是否保持整潔 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8.資源回收物分類確實 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9.耗材及設備使用完畢後是否歸回原位 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 檢查人員（任課教師）簽章 | |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. 檢查結果：正常√、異常× （檢查異常時應同時提出修繕申請單，申請單編號： ）。
2. 本表依「新生學校財團法人新生醫護管理專科學校安全衛生管理辦法」作記錄，至少保存三年。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **管理教師：** | **科主任：** | **安衛管理人員：** | **安衛單位主管:** |
|  |  |  |  |

新生學校財團法人新生醫護管理專科學校

化學實驗室**每日**安全衛生自動檢查記錄表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 檢查  項目 | 檢查日期  檢查重點 | 月 日  星期一 | 月 日  星期二 | 月 日  星期三 | 月 日  星期四 | 月 日  星期五 | 月 日  星期六 | 月 日  星期日 | **抽查及複核**  **月 日**  **星期** |
| 藥  品  櫃 | 1.藥品使用完畢後是否緊閉並物歸原位 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.藥品名稱及危害辨識資料是否標示清楚 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.危害藥品是否置放特定區內並加以標示 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.藥品是否依酸、鹼、有機、無機分類，不同類別依相容性分類儲存放置 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5.有無完整之物質安全資料表(SDS) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6.藥品容器安全密封保存 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7.是否設有使藥品不傾倒、不溢漏之措施 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8.各藥品櫃是否關閉妥當 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 通  風  櫃 | 1.馬達有無故障或異音 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.氣罩開口是否在適當位置(20cm) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.導管有無破裂或腐蝕 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.操作危害物或特定化學物質時有無在通風櫃進行 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 緊急淋浴設備 | 1.是否測試緊急淋浴之功能 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.是否測試緊急洗眼器之功能 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.檢查水質之外觀顏色 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.是否有明顯之標示 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 儀器機械  設備 | 1.儀器使用功能是否正常 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.儀器使用完畢是否依程序關閉 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.電線絕緣包覆是否被破壞至裸露 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.運轉之儀器、機械設備有無接地 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 安全衛生防護 | 1.下列防護具是否足夠：安全帽、手套、防塵防毒口罩、安全眼鏡、實驗衣 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.特殊檢驗時人員是否正確使用安全防護具 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 消防滅火設備 | 1.消防滅火設備儲存場所有無標示清楚 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.滅火器功能是否正常、無過期定期更換 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.防火毯儲放位置是否標示清楚 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.逃生方向是否標示清楚 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5.緊急照明燈功能是否正常 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 檢查  項目 | 檢查日期  檢查重點 | 月 日  星期一 | 月 日  星期二 | 月 日  星期三 | 月 日  星期四 | 月 日  星期五 | 月 日  星期六 | 月 日  星期日 | **抽查及複核**  **月 日**  **星期** |
| 廢  液  處  理 | 1.廢液儲存場所溫度不超過50℃ |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.廢液內容物是否標示清楚 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.實驗廢液是否依分類倒入儲存桶 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.廢液儲存場所是否有預防洩漏設備 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5.廢液儲存場所是否通風良好或有抽風設備 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 整體環境條件 | 1.門窗無損壞或脫落 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.通風無異常氣味 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.通道是否通暢 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.照明燈具是否正常 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5.設備有無正常 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6.出入口是否標示清楚 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7.環境是否保持整潔 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8.資源回收物分類確實 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9.耗材及設備使用完畢後是否歸回原位 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 檢查人員（任課教師）簽章 | |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. 檢查結果：正常√、異常× （檢查異常時應同時提出修繕申請單，申請單編號： ）。
2. 本表依「新生學校財團法人新生醫護管理專科學校安全衛生管理辦法」作記錄，至少保存三年。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **管理教師：** | **科主任：** | **安衛管理人員：** | **安衛單位主管:** |
|  |  |  |  |

新生學校財團法人新生醫護管理專科學校

化學實驗室**每日**安全衛生自動檢查記錄表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 檢查  項目 | 檢查日期  檢查重點 | 月 日  星期一 | 月 日  星期二 | 月 日  星期三 | 月 日  星期四 | 月 日  星期五 | 月 日  星期六 | 月 日  星期日 | **抽查及複核**  **月 日**  **星期** |
| 藥  品  櫃 | 1.藥品使用完畢後是否緊閉並物歸原位 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.藥品名稱及危害辨識資料是否標示清楚 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.危害藥品是否置放特定區內並加以標示 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.藥品是否依酸、鹼、有機、無機分類，不同類別依相容性分類儲存放置 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5.有無完整之物質安全資料表(SDS) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6.藥品容器安全密封保存 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7.是否設有使藥品不傾倒、不溢漏之措施 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8.各藥品櫃是否關閉妥當 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 通  風  櫃 | 1.馬達有無故障或異音 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.氣罩開口是否在適當位置(20cm) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.導管有無破裂或腐蝕 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.操作危害物或特定化學物質時有無在通風櫃進行 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 緊急淋浴設備 | 1.是否測試緊急淋浴之功能 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.是否測試緊急洗眼器之功能 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.檢查水質之外觀顏色 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.是否有明顯之標示 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 儀器機械  設備 | 1.儀器使用功能是否正常 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.儀器使用完畢是否依程序關閉 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.電線絕緣包覆是否被破壞至裸露 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.運轉之儀器、機械設備有無接地 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 安全衛生防護 | 1.下列防護具是否足夠：安全帽、手套、防塵防毒口罩、安全眼鏡、實驗衣 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.特殊檢驗時人員是否正確使用安全防護具 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 消防滅火設備 | 1.消防滅火設備儲存場所有無標示清楚 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.滅火器功能是否正常、無過期定期更換 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.防火毯儲放位置是否標示清楚 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.逃生方向是否標示清楚 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5.緊急照明燈功能是否正常 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 檢查  項目 | 檢查日期  檢查重點 | 月 日  星期一 | 月 日  星期二 | 月 日  星期三 | 月 日  星期四 | 月 日  星期五 | 月 日  星期六 | 月 日  星期日 | **抽查及複核**  **月 日**  **星期** |
| 廢  液  處  理 | 1.廢液儲存場所溫度不超過50℃ |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.廢液內容物是否標示清楚 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.實驗廢液是否依分類倒入儲存桶 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.廢液儲存場所是否有預防洩漏設備 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5.廢液儲存場所是否通風良好或有抽風設備 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 整體環境條件 | 1.門窗無損壞或脫落 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.通風無異常氣味 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.通道是否通暢 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.照明燈具是否正常 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5.設備有無正常 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6.出入口是否標示清楚 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7.環境是否保持整潔 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8.資源回收物分類確實 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9.耗材及設備使用完畢後是否歸回原位 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 檢查人員（任課教師）簽章 | |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. 檢查結果：正常√、異常× （檢查異常時應同時提出修繕申請單，申請單編號： ）。
2. 本表依「新生學校財團法人新生醫護管理專科學校安全衛生管理辦法」作記錄，至少保存三年。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **管理教師：** | **科主任：** | **安衛管理人員：** | **安衛單位主管:** |
|  |  |  |  |

新生學校財團法人新生醫護管理專科學校

化學實驗室**每日**安全衛生自動檢查記錄表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 檢查  項目 | 檢查日期  檢查重點 | 月 日  星期一 | 月 日  星期二 | 月 日  星期三 | 月 日  星期四 | 月 日  星期五 | 月 日  星期六 | 月 日  星期日 | **抽查及複核**  **月 日**  **星期** |
| 藥  品  櫃 | 1.藥品使用完畢後是否緊閉並物歸原位 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.藥品名稱及危害辨識資料是否標示清楚 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.危害藥品是否置放特定區內並加以標示 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.藥品是否依酸、鹼、有機、無機分類，不同類別依相容性分類儲存放置 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5.有無完整之物質安全資料表(SDS) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6.藥品容器安全密封保存 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7.是否設有使藥品不傾倒、不溢漏之措施 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8.各藥品櫃是否關閉妥當 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 通  風  櫃 | 1.馬達有無故障或異音 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.氣罩開口是否在適當位置(20cm) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.導管有無破裂或腐蝕 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.操作危害物或特定化學物質時有無在通風櫃進行 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 緊急淋浴設備 | 1.是否測試緊急淋浴之功能 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.是否測試緊急洗眼器之功能 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.檢查水質之外觀顏色 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.是否有明顯之標示 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 儀器機械  設備 | 1.儀器使用功能是否正常 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.儀器使用完畢是否依程序關閉 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.電線絕緣包覆是否被破壞至裸露 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.運轉之儀器、機械設備有無接地 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 安全衛生防護 | 1.下列防護具是否足夠：安全帽、手套、防塵防毒口罩、安全眼鏡、實驗衣 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.特殊檢驗時人員是否正確使用安全防護具 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 消防滅火設備 | 1.消防滅火設備儲存場所有無標示清楚 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.滅火器功能是否正常、無過期定期更換 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.防火毯儲放位置是否標示清楚 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.逃生方向是否標示清楚 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5.緊急照明燈功能是否正常 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 檢查  項目 | 檢查日期  檢查重點 | 月 日  星期一 | 月 日  星期二 | 月 日  星期三 | 月 日  星期四 | 月 日  星期五 | 月 日  星期六 | 月 日  星期日 | **抽查及複核**  **月 日**  **星期** |
| 廢  液  處  理 | 1.廢液儲存場所溫度不超過50℃ |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.廢液內容物是否標示清楚 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.實驗廢液是否依分類倒入儲存桶 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.廢液儲存場所是否有預防洩漏設備 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5.廢液儲存場所是否通風良好或有抽風設備 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 整體環境條件 | 1.門窗無損壞或脫落 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.通風無異常氣味 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.通道是否通暢 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.照明燈具是否正常 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5.設備有無正常 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6.出入口是否標示清楚 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7.環境是否保持整潔 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8.資源回收物分類確實 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9.耗材及設備使用完畢後是否歸回原位 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 檢查人員（任課教師）簽章 | |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. 檢查結果：正常√、異常× （檢查異常時應同時提出修繕申請單，申請單編號： ）。
2. 本表依「新生學校財團法人新生醫護管理專科學校安全衛生管理辦法」作記錄，至少保存三年。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **管理教師：** | **科主任：** | **安衛管理人員：** | **安衛單位主管:** |
|  |  |  |  |

新生學校財團法人新生醫護管理專科學校

化學實驗室**每日**安全衛生自動檢查記錄表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 檢查  項目 | 檢查日期  檢查重點 | 月 日  星期一 | 月 日  星期二 | 月 日  星期三 | 月 日  星期四 | 月 日  星期五 | 月 日  星期六 | 月 日  星期日 | **抽查及複核**  **月 日**  **星期** |
| 藥  品  櫃 | 1.藥品使用完畢後是否緊閉並物歸原位 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.藥品名稱及危害辨識資料是否標示清楚 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.危害藥品是否置放特定區內並加以標示 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.藥品是否依酸、鹼、有機、無機分類，不同類別依相容性分類儲存放置 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5.有無完整之物質安全資料表(SDS) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6.藥品容器安全密封保存 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7.是否設有使藥品不傾倒、不溢漏之措施 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8.各藥品櫃是否關閉妥當 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 通  風  櫃 | 1.馬達有無故障或異音 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.氣罩開口是否在適當位置(20cm) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.導管有無破裂或腐蝕 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.操作危害物或特定化學物質時有無在通風櫃進行 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 緊急淋浴設備 | 1.是否測試緊急淋浴之功能 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.是否測試緊急洗眼器之功能 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.檢查水質之外觀顏色 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.是否有明顯之標示 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 儀器機械  設備 | 1.儀器使用功能是否正常 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.儀器使用完畢是否依程序關閉 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.電線絕緣包覆是否被破壞至裸露 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.運轉之儀器、機械設備有無接地 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 安全衛生防護 | 1.下列防護具是否足夠：安全帽、手套、防塵防毒口罩、安全眼鏡、實驗衣 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.特殊檢驗時人員是否正確使用安全防護具 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 消防滅火設備 | 1.消防滅火設備儲存場所有無標示清楚 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.滅火器功能是否正常、無過期定期更換 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.防火毯儲放位置是否標示清楚 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.逃生方向是否標示清楚 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5.緊急照明燈功能是否正常 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 檢查  項目 | 檢查日期  檢查重點 | 月 日  星期一 | 月 日  星期二 | 月 日  星期三 | 月 日  星期四 | 月 日  星期五 | 月 日  星期六 | 月 日  星期日 | **抽查及複核**  **月 日**  **星期** |
| 廢  液  處  理 | 1.廢液儲存場所溫度不超過50℃ |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.廢液內容物是否標示清楚 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.實驗廢液是否依分類倒入儲存桶 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.廢液儲存場所是否有預防洩漏設備 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5.廢液儲存場所是否通風良好或有抽風設備 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 整體環境條件 | 1.門窗無損壞或脫落 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.通風無異常氣味 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.通道是否通暢 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.照明燈具是否正常 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5.設備有無正常 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6.出入口是否標示清楚 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7.環境是否保持整潔 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8.資源回收物分類確實 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9.耗材及設備使用完畢後是否歸回原位 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 檢查人員（任課教師）簽章 | |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. 檢查結果：正常√、異常× （檢查異常時應同時提出修繕申請單，申請單編號： ）。
2. 本表依「新生學校財團法人新生醫護管理專科學校安全衛生管理辦法」作記錄，至少保存三年。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **管理教師：** | **科主任：** | **安衛管理人員：** | **安衛單位主管:** |
|  |  |  |  |

新生學校財團法人新生醫護管理專科學校

化學實驗室**每日**安全衛生自動檢查記錄表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 檢查  項目 | 檢查日期  檢查重點 | 月 日  星期一 | 月 日  星期二 | 月 日  星期三 | 月 日  星期四 | 月 日  星期五 | 月 日  星期六 | 月 日  星期日 | **抽查及複核**  **月 日**  **星期** |
| 藥  品  櫃 | 1.藥品使用完畢後是否緊閉並物歸原位 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.藥品名稱及危害辨識資料是否標示清楚 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.危害藥品是否置放特定區內並加以標示 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.藥品是否依酸、鹼、有機、無機分類，不同類別依相容性分類儲存放置 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5.有無完整之物質安全資料表(SDS) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6.藥品容器安全密封保存 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7.是否設有使藥品不傾倒、不溢漏之措施 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8.各藥品櫃是否關閉妥當 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 通  風  櫃 | 1.馬達有無故障或異音 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.氣罩開口是否在適當位置(20cm) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.導管有無破裂或腐蝕 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.操作危害物或特定化學物質時有無在通風櫃進行 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 緊急淋浴設備 | 1.是否測試緊急淋浴之功能 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.是否測試緊急洗眼器之功能 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.檢查水質之外觀顏色 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.是否有明顯之標示 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 儀器機械  設備 | 1.儀器使用功能是否正常 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.儀器使用完畢是否依程序關閉 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.電線絕緣包覆是否被破壞至裸露 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.運轉之儀器、機械設備有無接地 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 安全衛生防護 | 1.下列防護具是否足夠：安全帽、手套、防塵防毒口罩、安全眼鏡、實驗衣 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.特殊檢驗時人員是否正確使用安全防護具 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 消防滅火設備 | 1.消防滅火設備儲存場所有無標示清楚 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.滅火器功能是否正常、無過期定期更換 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.防火毯儲放位置是否標示清楚 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.逃生方向是否標示清楚 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5.緊急照明燈功能是否正常 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 檢查  項目 | 檢查日期  檢查重點 | 月 日  星期一 | 月 日  星期二 | 月 日  星期三 | 月 日  星期四 | 月 日  星期五 | 月 日  星期六 | 月 日  星期日 | **抽查及複核**  **月 日**  **星期** |
| 廢  液  處  理 | 1.廢液儲存場所溫度不超過50℃ |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.廢液內容物是否標示清楚 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.實驗廢液是否依分類倒入儲存桶 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.廢液儲存場所是否有預防洩漏設備 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5.廢液儲存場所是否通風良好或有抽風設備 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 整體環境條件 | 1.門窗無損壞或脫落 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.通風無異常氣味 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.通道是否通暢 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.照明燈具是否正常 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5.設備有無正常 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6.出入口是否標示清楚 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7.環境是否保持整潔 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8.資源回收物分類確實 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9.耗材及設備使用完畢後是否歸回原位 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 檢查人員（任課教師）簽章 | |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. 檢查結果：正常√、異常× （檢查異常時應同時提出修繕申請單，申請單編號： ）。
2. 本表依「新生學校財團法人新生醫護管理專科學校安全衛生管理辦法」作記錄，至少保存三年。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **管理教師：** | **科主任：** | **安衛管理人員：** | **安衛單位主管:** |
|  |  |  |  |

新生學校財團法人新生醫護管理專科學校

化學實驗室**每日**安全衛生自動檢查記錄表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 檢查  項目 | 檢查日期  檢查重點 | 月 日  星期一 | 月 日  星期二 | 月 日  星期三 | 月 日  星期四 | 月 日  星期五 | 月 日  星期六 | 月 日  星期日 | **抽查及複核**  **月 日**  **星期** |
| 藥  品  櫃 | 1.藥品使用完畢後是否緊閉並物歸原位 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.藥品名稱及危害辨識資料是否標示清楚 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.危害藥品是否置放特定區內並加以標示 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.藥品是否依酸、鹼、有機、無機分類，不同類別依相容性分類儲存放置 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5.有無完整之物質安全資料表(SDS) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6.藥品容器安全密封保存 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7.是否設有使藥品不傾倒、不溢漏之措施 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8.各藥品櫃是否關閉妥當 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 通  風  櫃 | 1.馬達有無故障或異音 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.氣罩開口是否在適當位置(20cm) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.導管有無破裂或腐蝕 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.操作危害物或特定化學物質時有無在通風櫃進行 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 緊急淋浴設備 | 1.是否測試緊急淋浴之功能 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.是否測試緊急洗眼器之功能 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.檢查水質之外觀顏色 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.是否有明顯之標示 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 儀器機械  設備 | 1.儀器使用功能是否正常 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.儀器使用完畢是否依程序關閉 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.電線絕緣包覆是否被破壞至裸露 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.運轉之儀器、機械設備有無接地 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 安全衛生防護 | 1.下列防護具是否足夠：安全帽、手套、防塵防毒口罩、安全眼鏡、實驗衣 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.特殊檢驗時人員是否正確使用安全防護具 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 消防滅火設備 | 1.消防滅火設備儲存場所有無標示清楚 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.滅火器功能是否正常、無過期定期更換 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.防火毯儲放位置是否標示清楚 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.逃生方向是否標示清楚 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5.緊急照明燈功能是否正常 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 檢查  項目 | 檢查日期  檢查重點 | 月 日  星期一 | 月 日  星期二 | 月 日  星期三 | 月 日  星期四 | 月 日  星期五 | 月 日  星期六 | 月 日  星期日 | **抽查及複核**  **月 日**  **星期** |
| 廢  液  處  理 | 1.廢液儲存場所溫度不超過50℃ |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.廢液內容物是否標示清楚 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.實驗廢液是否依分類倒入儲存桶 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.廢液儲存場所是否有預防洩漏設備 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5.廢液儲存場所是否通風良好或有抽風設備 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 整體環境條件 | 1.門窗無損壞或脫落 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.通風無異常氣味 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.通道是否通暢 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.照明燈具是否正常 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5.設備有無正常 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6.出入口是否標示清楚 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7.環境是否保持整潔 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8.資源回收物分類確實 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9.耗材及設備使用完畢後是否歸回原位 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 檢查人員（任課教師）簽章 | |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. 檢查結果：正常√、異常× （檢查異常時應同時提出修繕申請單，申請單編號： ）。
2. 本表依「新生學校財團法人新生醫護管理專科學校安全衛生管理辦法」作記錄，至少保存三年。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **管理教師：** | **科主任：** | **安衛管理人員：** | **安衛單位主管:** |
|  |  |  |  |

新生學校財團法人新生醫護管理專科學校

化學實驗室**每月**安全衛生自動檢查記錄表

**檢查時間： 年 月 日**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 檢查  項目 | 檢查重點 | 檢查結果 | | 擬採取改善措施 |
| 是(有) | 否(無) |
| 藥  品  櫃 | 1.藥品名稱及危害辨識資料是否標示清楚 |  |  |  |
| 2.危害藥品是否置放特定區內並加以標示 |  |  |  |
| 3.藥品是否依酸、鹼、有機、無機分類，不同類別依相容性分類儲存放置 |  |  |  |
| 4.各藥品有無完整之物質安全資料表(SDS) |  |  |  |
| 5.各藥品櫃是否關閉妥當 |  |  |  |
| 緊急淋浴設備 | 1.是否測試緊急淋浴之功能 |  |  |  |
| 2.是否測試緊急洗眼器之功能 |  |  |  |
| 3.是否有明顯之標示 |  |  |  |
| 儀器機械  設備 | 1.儀器使用功能是否正常 |  |  |  |
| 2.電線絕緣包覆是否被破壞至裸露 |  |  |  |
| 消防滅火設備 | 1.消防滅火設備儲存場所有無標示清楚 |  |  |  |
| 2.滅火器功能是否正常、無過期及定期更換 |  |  |  |
| 3.防火毯儲放位置是否標示清楚 |  |  |  |
| 4.逃生方向是否標示清楚 |  |  |  |
| 5.緊急照明燈功能是否正常 |  |  |  |
| 廢液  處理 | 1.廢液內容物是否標示清楚 |  |  |  |
| 2.廢液儲存場所是否通風良好或有抽風設備 |  |  |  |
| 整體環境條件 | 1.門窗無損壞或脫落 |  |  |  |
| 2.通風無異常氣味 |  |  |  |
| 3.通道是否通暢 |  |  |  |
| 4.照明燈具是否正常 |  |  |  |
| 5.出入口是否標示清楚 |  |  |  |
| 檢查人員（任課教師）簽章 | |  |  |  |

1. 檢查結果：正常√、異常× （檢查異常時應同時提出修繕申請單，申請單編號： ）。
2. 本表依「新生學校財團法人新生醫護管理專科學校安全衛生管理辦法」作記錄，至少保存三年。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **管理教師：** | **科主任：** | **安衛管理人員：** | **安衛單位主管:** |

新生學校財團法人新生醫護管理專科學校

化學實驗室**每月**安全衛生自動檢查記錄表

**檢查時間： 年 月 日**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 檢查  項目 | 檢查重點 | 檢查結果 | | 擬採取改善措施 |
| 是(有) | 否(無) |
| 藥  品  櫃 | 1.藥品名稱及危害辨識資料是否標示清楚 |  |  |  |
| 2.危害藥品是否置放特定區內並加以標示 |  |  |  |
| 3.藥品是否依酸、鹼、有機、無機分類，不同類別依相容性分類儲存放置 |  |  |  |
| 4.各藥品有無完整之物質安全資料表(SDS) |  |  |  |
| 5.各藥品櫃是否關閉妥當 |  |  |  |
| 緊急淋浴設備 | 1.是否測試緊急淋浴之功能 |  |  |  |
| 2.是否測試緊急洗眼器之功能 |  |  |  |
| 3.是否有明顯之標示 |  |  |  |
| 儀器機械  設備 | 1.儀器使用功能是否正常 |  |  |  |
| 2.電線絕緣包覆是否被破壞至裸露 |  |  |  |
| 消防滅火設備 | 1.消防滅火設備儲存場所有無標示清楚 |  |  |  |
| 2.滅火器功能是否正常、無過期及定期更換 |  |  |  |
| 3.防火毯儲放位置是否標示清楚 |  |  |  |
| 4.逃生方向是否標示清楚 |  |  |  |
| 5.緊急照明燈功能是否正常 |  |  |  |
| 廢液  處理 | 1.廢液內容物是否標示清楚 |  |  |  |
| 2.廢液儲存場所是否通風良好或有抽風設備 |  |  |  |
| 整體環境條件 | 1.門窗無損壞或脫落 |  |  |  |
| 2.通風無異常氣味 |  |  |  |
| 3.通道是否通暢 |  |  |  |
| 4.照明燈具是否正常 |  |  |  |
| 5.出入口是否標示清楚 |  |  |  |
| 檢查人員（任課教師）簽章 | |  |  |  |

1. 檢查結果：正常√、異常× （檢查異常時應同時提出修繕申請單，申請單編號： ）。
2. 本表依「新生學校財團法人新生醫護管理專科學校安全衛生管理辦法」作記錄，至少保存三年。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **管理教師：** | **科主任：** | **安衛管理人員：** | **安衛單位主管:** |
|  |  |  |  |

新生學校財團法人新生醫護管理專科學校

化學實驗室**每月**安全衛生自動檢查記錄表

**檢查時間： 年 月 日**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 檢查  項目 | 檢查重點 | 檢查結果 | | 擬採取改善措施 |
| 是(有) | 否(無) |
| 藥  品  櫃 | 1.藥品名稱及危害辨識資料是否標示清楚 |  |  |  |
| 2.危害藥品是否置放特定區內並加以標示 |  |  |  |
| 3.藥品是否依酸、鹼、有機、無機分類，不同類別依相容性分類儲存放置 |  |  |  |
| 4.各藥品有無完整之物質安全資料表(SDS) |  |  |  |
| 5.各藥品櫃是否關閉妥當 |  |  |  |
| 緊急淋浴設備 | 1.是否測試緊急淋浴之功能 |  |  |  |
| 2.是否測試緊急洗眼器之功能 |  |  |  |
| 3.是否有明顯之標示 |  |  |  |
| 儀器機械  設備 | 1.儀器使用功能是否正常 |  |  |  |
| 2.電線絕緣包覆是否被破壞至裸露 |  |  |  |
| 消防滅火設備 | 1.消防滅火設備儲存場所有無標示清楚 |  |  |  |
| 2.滅火器功能是否正常、無過期及定期更換 |  |  |  |
| 3.防火毯儲放位置是否標示清楚 |  |  |  |
| 4.逃生方向是否標示清楚 |  |  |  |
| 5.緊急照明燈功能是否正常 |  |  |  |
| 廢液  處理 | 1.廢液內容物是否標示清楚 |  |  |  |
| 2.廢液儲存場所是否通風良好或有抽風設備 |  |  |  |
| 整體環境條件 | 1.門窗無損壞或脫落 |  |  |  |
| 2.通風無異常氣味 |  |  |  |
| 3.通道是否通暢 |  |  |  |
| 4.照明燈具是否正常 |  |  |  |
| 5.出入口是否標示清楚 |  |  |  |
| 檢查人員（任課教師）簽章 | |  |  |  |

1. 檢查結果：正常√、異常× （檢查異常時應同時提出修繕申請單，申請單編號： ）。
2. 本表依「新生學校財團法人新生醫護管理專科學校安全衛生管理辦法」作記錄，至少保存三年。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **管理教師：** | **科主任：** | **安衛管理人員：** | **安衛單位主管:** |
|  |  |  |  |

新生學校財團法人新生醫護管理專科學校

化學實驗室**每月**安全衛生自動檢查記錄表

**檢查時間： 年 月 日**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 檢查  項目 | 檢查重點 | 檢查結果 | | 擬採取改善措施 |
| 是(有) | 否(無) |
| 藥  品  櫃 | 1.藥品名稱及危害辨識資料是否標示清楚 |  |  |  |
| 2.危害藥品是否置放特定區內並加以標示 |  |  |  |
| 3.藥品是否依酸、鹼、有機、無機分類，不同類別依相容性分類儲存放置 |  |  |  |
| 4.各藥品有無完整之物質安全資料表(SDS) |  |  |  |
| 5.各藥品櫃是否關閉妥當 |  |  |  |
| 緊急淋浴設備 | 1.是否測試緊急淋浴之功能 |  |  |  |
| 2.是否測試緊急洗眼器之功能 |  |  |  |
| 3.是否有明顯之標示 |  |  |  |
| 儀器機械  設備 | 1.儀器使用功能是否正常 |  |  |  |
| 2.電線絕緣包覆是否被破壞至裸露 |  |  |  |
| 消防滅火設備 | 1.消防滅火設備儲存場所有無標示清楚 |  |  |  |
| 2.滅火器功能是否正常、無過期及定期更換 |  |  |  |
| 3.防火毯儲放位置是否標示清楚 |  |  |  |
| 4.逃生方向是否標示清楚 |  |  |  |
| 5.緊急照明燈功能是否正常 |  |  |  |
| 廢液  處理 | 1.廢液內容物是否標示清楚 |  |  |  |
| 2.廢液儲存場所是否通風良好或有抽風設備 |  |  |  |
| 整體環境條件 | 1.門窗無損壞或脫落 |  |  |  |
| 2.通風無異常氣味 |  |  |  |
| 3.通道是否通暢 |  |  |  |
| 4.照明燈具是否正常 |  |  |  |
| 5.出入口是否標示清楚 |  |  |  |
| 檢查人員（任課教師）簽章 | |  |  |  |

1. 檢查結果：正常√、異常× （檢查異常時應同時提出修繕申請單，申請單編號： ）。
2. 本表依「新生學校財團法人新生醫護管理專科學校安全衛生管理辦法」作記錄，至少保存三年。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **管理教師：** | **科主任：** | **安衛管理人員：** | **安衛單位主管:** |
|  |  |  |  |

新生學校財團法人新生醫護管理專科學校

化學實驗室**每月**安全衛生自動檢查記錄表

**檢查時間： 年 月 日**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 檢查  項目 | 檢查重點 | 檢查結果 | | 擬採取改善措施 |
| 是(有) | 否(無) |
| 藥  品  櫃 | 1.藥品名稱及危害辨識資料是否標示清楚 |  |  |  |
| 2.危害藥品是否置放特定區內並加以標示 |  |  |  |
| 3.藥品是否依酸、鹼、有機、無機分類，不同類別依相容性分類儲存放置 |  |  |  |
| 4.各藥品有無完整之物質安全資料表(SDS) |  |  |  |
| 5.各藥品櫃是否關閉妥當 |  |  |  |
| 緊急淋浴設備 | 1.是否測試緊急淋浴之功能 |  |  |  |
| 2.是否測試緊急洗眼器之功能 |  |  |  |
| 3.是否有明顯之標示 |  |  |  |
| 儀器機械  設備 | 1.儀器使用功能是否正常 |  |  |  |
| 2.電線絕緣包覆是否被破壞至裸露 |  |  |  |
| 消防滅火設備 | 1.消防滅火設備儲存場所有無標示清楚 |  |  |  |
| 2.滅火器功能是否正常、無過期及定期更換 |  |  |  |
| 3.防火毯儲放位置是否標示清楚 |  |  |  |
| 4.逃生方向是否標示清楚 |  |  |  |
| 5.緊急照明燈功能是否正常 |  |  |  |
| 廢液  處理 | 1.廢液內容物是否標示清楚 |  |  |  |
| 2.廢液儲存場所是否通風良好或有抽風設備 |  |  |  |
| 整體環境條件 | 1.門窗無損壞或脫落 |  |  |  |
| 2.通風無異常氣味 |  |  |  |
| 3.通道是否通暢 |  |  |  |
| 4.照明燈具是否正常 |  |  |  |
| 5.出入口是否標示清楚 |  |  |  |
| 檢查人員（任課教師）簽章 | |  |  |  |

1. 檢查結果：正常√、異常× （檢查異常時應同時提出修繕申請單，申請單編號： ）。
2. 本表依「新生學校財團法人新生醫護管理專科學校安全衛生管理辦法」作記錄，至少保存三年。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **管理教師：** | **科主任：** | **安衛管理人員：** | **安衛單位主管:** |

新生學校財團法人新生醫護管理專科學校

化學實驗室**每學期**安全衛生自動檢查記錄表

**檢查時間： 年 月 日**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 檢查項目 | 檢查重點 | 檢查結果 | | 擬採取改善措施 |
| 是(有) | 否(無) |
| 緊急淋浴設備 | 1.是否測試緊急淋浴之功能 |  |  |  |
| 2.是否測試緊急洗眼器之功能 |  |  |  |
| 3.是否有明顯之標示 |  |  |  |
| 儀器設備 | 1.儀器使用功能是否正常 |  |  |  |
| 2.電線絕緣包覆未被破壞至裸露 |  |  |  |
| 消防滅火設施 | 1.有無定期實施消防器材使用訓練 |  |  |  |
| 2.消防滅火器材是否就定位 |  |  |  |
| 安全衛生工作守則及教育訓練 | 1.張貼之安全衛生工作守則是否清晰 |  |  |  |
| 2.人員是否依工作守則進行實驗 |  |  |  |
| 3.新進及現任人員有無施以三小時之安全衛生教育訓練 |  |  |  |
| 4.授課教師是否有教授新生實驗室安全教育之宣導 |  |  |  |
| 緊急應變及  災害防治計畫 | 1.是否修訂緊急應變計畫 |  |  |  |
| 2.處理緊急應變人員名單是否更新修正 |  |  |  |
| 3.有無針對人員進行應變訓練 |  |  |  |
| 檢查人員（任課教師）簽章 | |  |  |  |

1. 檢查結果：正常√、異常× （檢查異常時應同時提出修繕申請單，申請單編號： ）。
2. 本表依「新生學校財團法人新生醫護管理專科學校安全衛生管理辦法」作記錄，至少保存三年。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **管理教師：** | **科主任：** | **安衛管理人員：** | **安衛單位主管:** |
|  |  |  |  |