

体育館床安全点検チェックシート

| | | | | | | | | |
|---|----------------|----------------------|--------------------------|-------|-------------|-------------|-----|-----|
| 施設名 | | | | | 施設管理者 | 印 | | |
| 住所 | | | | | 立会者 | 印 | | |
| 資格 | JSFA公認 体育施設管理士 | | | | 点検年月日 | 年 | 月 | 日 |
| 点検者 | | | | | 点検者 所属会社 | | | |
| 点検 部位 | 床下地H= | (鋼製・置床・木下地) メーカー名 | 捨板t= | | 点検 種別 | ○日常・◎定期・●特別 | | |
| | フローリングt= | 材種 | (大型積層・無垢・積層) (普通・特殊) その他 | | | | | |
| (1) 目視及びヒアリング、触指による点検 | | | | | | | | |
| | 点検項目 | 点検内容 | | 点検結果 | 再検討 | 点検項目所見 | 緊急✓ | 対処日 |
| 1 | ○ 保護 | 全体的な清掃は行き届いているか? | | 良 / 否 | | | | |
| 2 | ○ 保護 | 触指による砂・ホコリの状態 | | 多 / 少 | | | | |
| 3 | ○ 保護 | 体育館モップが使用されているか? | | 良 / 否 | | | | |
| 4 | ○ 保護 | 体育館モップの手入れは行き届いているか? | | 良 / 否 | | | | |
| 5 | ○ 保護 | 足拭きマットの配置・手入れは適正か? | | 良 / 否 | | | | |
| 6 | ○ 保護 | 床用コンディショナーの適正配置 | | 良 / 否 | | | | |
| 7 | ○ 保護 | 電気掃除機の適正配置 | | 有 / 無 | | | | |
| 8 | ○ 塗装 | ポリウレタン塗装の艶、摩耗の状態 | | 良 / 否 | | | | |
| 9 | ○ 塗装 | ポリウレタン塗装の滑り過ぎ具合と摩耗状況 | | 有 / 無 | | | | |
| 10 | ○ 塗装 | ポリウレタン・コートラインの傷や剥がれ | | 有 / 無 | | | | |
| (2) モッピング及びヒアリング、目視による点検 | | | | | | | | |
| 11 | ○ フローリング | 雌実割れ 釘及びビス頭露出 | | 有 / 無 | | | | |
| 12 | ○ フローリング | 補修が必要なササクレ 割れ 傷 | | 有 / 無 | | | | |
| 13 | ○ フローリング | 目隙 反り 浮き 凹み | | 有 / 無 | | | | |
| 14 | ○ フローリング | 木栓ダボの浮きや抜け | | 有 / 無 | | | | |
| 15 | ○ フローリング | 黒染み、腐食、異臭、虫食い | | 有 / 無 | | | | |
| 16 | ○ フローリング | 縁廻り等のエキスパンションゴムは正常か? | | 良 / 否 | | | | |
| 17 | ○ 床金具 | 蓋の開閉は正常か? | | 良 / 否 | | | | |
| 18 | ○ 床金具 | 割れ・浮き・目違い | | 有 / 無 | | | | |
| (3) 体感及びヒアリング、目視による点検 | | | | | | | | |
| 19 | ○ 塗装 | ワックスの塗布 | | 有 / 無 | | | | |
| 20 | ◎ 床下地 | 点検口開口及び換気口の不具合 | | 有 / 無 | | | | |
| 21 | ○ 床下地 | 床の撓みや歩行感の違和感 | | 有 / 無 | | | | |
| 22 | ◎ 床下地 | 異常な床鳴りや軋み音の発生 | | 有 / 無 | | | | |
| 23 | ◎ 床下地 | 器具庫・搬出入口や出入口の不具合 | | 有 / 無 | | | | |
| 24 | ◎ 床下地 | ボールのドリブルによる違和感 | | 有 / 無 | | | | |
| (4) 専門業者による検証 | | | | | | | | |
| 25 | ● 塗装 | 塗料メーカーによる検証が必要 | | 有 / 無 | | | | |
| 26 | ● フローリング | 専門業者による検証が必要 | | 有 / 無 | | | | |
| 27 | ● 床下地 | レーザーレベルによる点検を要望 | | 有 / 無 | | | | |
| 28 | ● 床下地 | 床下点検車による点検を要望 | | 有 / 無 | | | | |
| 29 | ● 床下地 | 専門業者による検証が必要 | | 有 / 無 | | | | |
| ※環境により床下点検が不可能な場合があります。 | | | | | | | | |
| 総合 所見 | | | | | | | | |
| ※○印は、日常点検口項目とする。◎は定期点検項目及びJSFA公認 体育施設管理士による点検項目とする。 | | | | | | | | |