元培醫事科技大學　實驗室危害性化學品/有機/特化作業檢點表

系(所)名稱：＿＿＿＿＿＿＿＿　實驗室門牌號碼：＿＿＿＿＿　實驗室名稱：＿＿＿＿＿＿＿＿　檢查日期：＿＿年＿＿月

檢查項目	頻率	檢查重點	無該項目	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	備註
危害性化學品作業	每日	1.化學品容器有明顯標示及圖示																																	
		2.實驗室備有安全資料表並置於易取得處																																	
		3.無不當之工作方法使危害物散發																																	
		4.危險物容器有隨手加蓋																																	
		5.貯存區附近無火源、高溫且通風良好																																	
		6.標示嚴禁煙火且禁止無關人員進入																																	
		7.作業人員穿戴適當之個人防護具																																	
有機溶劑作業	每日	1.有機溶劑作業已實施通風換氣																																	
		2. 設置之通風設備維持其有效性能																																	
		3. 風量充足可維持工作場所空氣品質																																	
		4. 工作過程中通風換氣可維持正常																																	
		5. 有機溶劑之存放取用均依照作業程序																																	
		6. 每一作業人員均依照作業程序妥善作業																																	
		7. 每一作業設備均運作正常無異狀																																	
		8. 每一作業人員均使用適當個人防護具																																	
		9. 易散發有機溶劑蒸氣之容器均已加蓋																																	
		10. 作業現場無放置飲水、食物																																	
		11. 確認現場嚴禁煙火																																	
特定化學品作業	每日	1.設備之密閉設備或局部排氣裝置正常運轉																																	
		2.特定化學物質之存放使用均依照作業程序																																	
		3.每一作業人員均依照作業程序妥善作業																																	
		4.每一作業均運作正常無異狀																																	
		5.管線接頭無腐蝕洩漏之痕跡																																	
		6.作業現場不可吸菸或飲食並公告																																	
		7.計測裝置、警報器具、緊急避難設備均正常且於可用之狀態																																	
		8.危害之必要藥劑、器具之備妥																																	
		9.洗眼、沐浴、漱口、更衣及洗衣或緊急沖淋等設備均已設置且保持隨時可用狀態																																	
		10.發給合格有效之呼吸防護具、防護眼鏡、防護衣、防護手套、防護鞋，並確實使用																																	
		11.安全閥、緊急遮斷裝置或其他安全裝置之性能良好																																	

說明：1. 由實驗室管理人依實際使用狀況確實填寫本表，合格者標示v，不合格者標示x。如實驗室中無該項設備，請於「無該項目」勾選。

2. 填表請每日如實勾選（請勿以電腦繕打），並於每月10日前繳交。**例假日及國定假日如<u>未使用請勿勾選</u>，如有明顯不合理將<u>退回修正</u>。**

3. 防護具檢點項目，如防護手套、防塵防毒口罩...等；如有短缺，請與環安衛中心聯絡。

檢查人員：＿＿＿＿＿＿　實驗室負責人：＿＿＿＿＿＿＿＿　系(所)主管：＿＿＿＿＿＿＿＿