

浮遊粉じん及び気流等定期及び臨時検査票

令和 年度	学 校 名 _____	天 候 _____
(定期) 浮遊粉じん及び (臨時) 気流等	測定日時 令和 年 月 日 () _____	測定時間 _____ 時 分 ~ _____ 時 分
	調査者 職名 _____ 氏名 _____	(印)

学 校 長		薬 剤 師		保 健 主 事	
-------------	--	-------------	--	------------------	--

測定時の状況 (裏面図に記入)	窓					冷暖房器具の種類
	欄 間					
	ド ア					
教室名	階	階	階	階	測定基準	
浮遊粉じん					0.10mg/m ³ 以下であること。	
気流					0.5m/秒以下であることが望ましい	
<ul style="list-style-type: none"> ・ 毎学年 2 回定期に検査を行う。 ・ 学校の授業中等に、各階 1 以上の教室等を選び、適当な場所 1 か所以上の机上の高さにおいて検査を行う。 ・ 空気の温度、湿度又は流量を調節する設備を使用している教室等以外の教室等においては、必要と認める場合に検査を行う。 						
指導助言 事項						

(裏面の図に記入して下さい)

(平成 2 6 年 1 1 月 1 3 日作成・チーム学薬)