

様式 2 号

社会福祉施設及び病院の検証実施結果記録表

名 称										
所 在										
対 象 物 用 途										
検 証 年 月 日 時 間	時		年 分～		月		時		日 分	
検 証 責 任 者	氏 名					Tel				
限 界 時 間	出 火 区 画 の 限 界 時 間				分					
	隣 接 区 画 の 限 界 時 間				分					
	上階隣接区画の限界時間				分					
消 防 用 設 備 等 の 活 用 状 況	有効なバルコニー				☐	有	☐	無		
	屋内消火栓の使用				☐	有	☐	無		
	区画の確保				☐	有	☐	無		
	各室不燃化区画				☐	有	☐	無		
	各室戸区画				☐	有	☐	無		
検 証 結 果 (所要時間)	出 火 区 画 の 所 要 時 間				分		秒			
	隣 接 区 画 の 所 要 時 間				分		秒			
	上階隣接区画の所要時間				分		秒			
	119 番 通 報 所 要 時 間				分		秒			
出 火 室	階 号 室									
参 加 者 の 状 況	夜間体制 職 員 数				自力避難 可能者数					
	自力避難困難者数	出 火 区 画 名		内 訳	本 人 健常者等 ダミ ー		名 名 体			
		※隣 接 区 画 名		内 訳	本 人 健常者等 ダミ ー		名 名 体			
		上 階 隣 接 区 画 名		内 訳	本 人 健常者等 ダミ ー		名 名 体			
	合 計	名		内 訳	本 人 健常者等 ダミ ー		名 名 体			
検証中における 特異事項	(対応行動に時間を要した理由等)									

記入要領

「所要時間」は、自動火災報知設備が作動してから各区画の対応行動又は119番通報が終了した時間を記入してください。

なお、隣接区画が複数ある場合は、その内対応行動の所要時間が最も長かった区画について記入してください。

※ 隣接区画が階段室のみの場合は、斜線で抹消してください。

消防職員	職	氏名	他	名
------	---	----	---	---