

アスベスト有無事前調査 詳細表

資料番号 \_\_\_\_\_ ページ数 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**【調査】調査の種類**  
 調査期間 \_\_\_\_\_  
 実施者 \_\_\_\_\_

**1. 石綿検査機関3家に基づく事前調査**  
 二次調査(現地調査)

一次調査(表面調査)

氏名 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

**【対象物件】施設名** \_\_\_\_\_

**竣工年** \_\_\_\_\_

**所在地** \_\_\_\_\_

**階数** \_\_\_\_\_

**屋床面積** \_\_\_\_\_

**建物構造**  
S造 SRC造 RC造 RC造 木造  
 ・その他( )  
専設所 工場/倉庫 商業施設 学校/病院  
公共施設 店舗 その他( )  
ボイラー タービン 化学プラント  
 ・その他( )

**建物用途**  
 (標準用途別)  
 \_\_\_\_\_

**工作物**  
 \_\_\_\_\_

No	階数	部屋名	部位(1)	材料名(2)	商品名(3)	一次調査(表面調査)		適合性 確認	気づき事項(9)	二次調査(現地調査)			石綿の有無 (選別)	石綿の有無 (選別)	レス レ ス
						石綿の有無 (選別)	石綿の有無 (選別)			判断 (選別)	添付資料(4)	添付資料(5)			
			<input type="checkbox"/> 床 <input type="checkbox"/> 壁 <input type="checkbox"/> 天井				<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし						<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
			<input type="checkbox"/> その他( )				<input type="checkbox"/> 不明						<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 不明	
			<input type="checkbox"/> 床				<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし						<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
			<input type="checkbox"/> その他( )				<input type="checkbox"/> 不明						<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 不明	
			<input type="checkbox"/> 床				<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし						<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
			<input type="checkbox"/> その他( )				<input type="checkbox"/> 不明						<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 不明	
			<input type="checkbox"/> 床				<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし						<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
			<input type="checkbox"/> その他( )				<input type="checkbox"/> 不明						<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 不明	
			<input type="checkbox"/> 床				<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし						<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
			<input type="checkbox"/> その他( )				<input type="checkbox"/> 不明						<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 不明	
			<input type="checkbox"/> 床				<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし						<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
			<input type="checkbox"/> その他( )				<input type="checkbox"/> 不明						<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 不明	
			<input type="checkbox"/> 床				<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし						<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
			<input type="checkbox"/> その他( )				<input type="checkbox"/> 不明						<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 不明	
			<input type="checkbox"/> 床				<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし						<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
			<input type="checkbox"/> その他( )				<input type="checkbox"/> 不明						<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 不明	
			<input type="checkbox"/> 床				<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし						<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
			<input type="checkbox"/> その他( )				<input type="checkbox"/> 不明						<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 不明	
			<input type="checkbox"/> 床				<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし						<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
			<input type="checkbox"/> その他( )				<input type="checkbox"/> 不明						<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 不明	
			<input type="checkbox"/> 床				<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし						<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
			<input type="checkbox"/> その他( )				<input type="checkbox"/> 不明						<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 不明	
			<input type="checkbox"/> 床				<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし						<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
			<input type="checkbox"/> その他( )				<input type="checkbox"/> 不明						<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 不明	
			<input type="checkbox"/> 床				<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし						<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
			<input type="checkbox"/> その他( )				<input type="checkbox"/> 不明						<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 不明	
			<input type="checkbox"/> 床				<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし						<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
			<input type="checkbox"/> その他( )				<input type="checkbox"/> 不明						<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 不明	
			<input type="checkbox"/> 床				<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし						<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
			<input type="checkbox"/> その他( )				<input type="checkbox"/> 不明						<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 不明	
			<input type="checkbox"/> 床				<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし						<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
			<input type="checkbox"/> その他( )				<input type="checkbox"/> 不明						<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 不明	
			<input type="checkbox"/> 床				<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし						<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
			<input type="checkbox"/> その他( )				<input type="checkbox"/> 不明						<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 不明	
			<input type="checkbox"/> 床				<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし						<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
			<input type="checkbox"/> その他( )				<input type="checkbox"/> 不明						<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 不明	

1) 調査項目をアଙ୍କック ■

2) 設計図書がある場合に記入

3) 該当する場所を記入  
 O:あり, △:一部あり, ×:なし, ○:不明, ○:不明

4) 判断根拠とした文書の種類  
 a) 国土交通省のデータベース  
 b) メーカーの取組書, 仕様書, 仕様書  
 c) 材料から無含有が明らかになったもの  
 d) その他(品質保証)に記載

5) 添付資料番号を明記する

6) 記載事例  
 ・取組書の記載が不明瞭な場合は、写真等  
 ・メーカー名、ロット番号あり  
 ・メーカー名、ロット番号あり

7) 写真がない場合は、写真の位置を明記する

8) 不明の場合に、写真等で採取した試料の採取位置を明記する

9) 採取した試料の種類、採取日時、採取場所を明記する