

# ヒアリングシート（建設業・土木工事業）

建設・土木工事業の安全診断をご希望の方は下請負業者編成表の写しをヒアリングシートに添付しメール送信願います。

労働安全コンサルタントのユニオンクリエイト

〒615-0814 京都市右京区西京極下沢町9-1

TEL:070-5503-0013

記入日  
年 月 日 ( )

記入者 所属： 氏名：

## A<事業所情報>

事業所名 ※または作業所名		所在地			
(フリガナ)		〒			
管轄営業所・支店名 ※上記事業所の管轄事業所が他にある場合		所在地			
(フリガナ)		〒			
統括安全衛生責任者名	延床面積	現場担当者数	請負金額	受電予定日	現場事務所・作業員詰所の有無
	m	名	万円	年 月 日	現場事務所：有・無 作業員詰所：有・無
建築物用途	1日平均の作業員数 ※今回安全診断に該当する現場	作業員の内訳			
	名	(男性) 名	(女性) 名	(若年者) 名	(60歳以上) 名

## B<過去の災害について>

過去に現場内で労働災害が発生したことがあるか？	有	無
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\*『無』にチェックされた方はCの確認事項へお進みください。

\*『有』にチェックされた方は**特に重篤な災害**の内容について、分かる範囲でお聞かせください。

災害発生日	被災者年齢・性別	被災者業種	被災者経験年数	保護具着用状況
被災程度	被災部位	休業日数	災害発生時の作業内容	
死亡・重傷・軽傷・微傷				
災害発生の経緯・状況				

\*上記の災害以外に労働災害やヒヤリハットが発生したことがある場合は簡潔に内容をお聞かせください。

・ 例)作業員が脚立から落ちかけた。	・
・	・
・	・
・	・
・	・

\*使用機械・危険有害要因など項目に書き切れない場合は別紙添付していただいても構いません。

## C<安全衛生活動>

確認内容	該当の有無 ※チェックボックスにレ点記入		
	有	どちらともいえない	無
・作業前にリスクアセスメントKYを実施し活動記録を保管している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
・各作業ごとに作業手順書を作成し作業員に周知している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
・下請業者の職長同士のコミュニケーションの充実を図っている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
・作業所全体で4S(もしくは5S)活動を推進している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
・作業主任者の専任が必要な作業について理解し、主任者を選任している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
・安全通路が確保され、明確に表示されている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
・統括安全衛生責任者が毎日現場を巡視している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
・現場内でも入場作業員の体調管理を行っている。 (血圧測定、健康チェックなど)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
・毎月安全衛生協議会を開催し、協議内容を周知している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
・現場担当者が高齢・若年作業員について作業内容を把握している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## D<使用機械・危険有害要因の有無>

1.使用機械・工具・重機について 例)バックホウ、移クレーン、高所作業車、アースオーガー、製材機、旋盤等

機械・車両の種類	メーカー	能力	台数	使用年数	点検者実施者		手配業者	
		(t/kw/m/m <sup>3</sup> )	台	年	社内	社外	元請	下請
		(t/kw/m/m <sup>3</sup> )	台	年	社内	社外	元請	下請
		(t/kw/m/m <sup>3</sup> )	台	年	社内	社外	元請	下請
		(t/kw/m/m <sup>3</sup> )	台	年	社内	社外	元請	下請

2.有害物・有毒物について ※『有』にチェックされた方は対象物の種類をご記入ください。

有機溶剤を使用しているか？	無	有	→	使用している有機溶剤の種類
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
火気を使用しているか？	無	有	→	火気を使用している作業の状況または機械
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
粉塵の発生する作業があるか？	無	有	→	発生する粉塵の種類・原料
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

\*労基署の検査ではないので、構えずに現場のありのままの状況をお答えください。労基署実施の臨検の対策にもなります。

その現状を皆さんと共により安全快適に改善していくのが我々安全コンサルタントの役目です。