

# 臺北市政府公共安全聯合稽(複)查紀錄表(衛生局精神照護機構)

訪查日期： 年 月 日 午 時 分

受評機構				聯絡電話	
機構負責人		機構地址		傳真電話	
人員	1. 負責人	1	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 _____	<input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 不合格	
	2. 專任管理人員/照顧服務員		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 _____	<input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 不合格	
	3. 專任/兼任職能治療師(生)	___時/週	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 _____	<input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 不合格	
	4. 專任/兼任社會工作人員	___時/週	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 _____	<input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 不合格	
	5. 專任/兼任臨床心理師	___時/週	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 _____	<input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 不合格	
	6. 專任/兼任護理人員	___時/週	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 _____	<input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 不合格	

## 災害防救演練項目

評估項目	項目說明	實地查核		評核結果與建議
		符合	不符合	
安全消防設施	樓梯、走道及浴廁地板有防滑措施。			
	逃生通道暢通，無雜物阻礙。			
	緊急聯絡管道是否張貼於明顯處。			
災害防救演練	訪談機構工作人員，說明逃生路線及等待救援空間之規劃，及發生緊急災害事件時之處理方式。			
	訪談機構工作人員，說明或操作避難器具之用途，及於災防演練中擔任之工作。			
	訪談機構住民(或學員)，是否知悉緊急連絡管道、逃生方向及方式、是否會使用滅火器…等。			
	機構平面圖檢視			
	全面禁止吸菸場所，於入口處或機構內設置明顯禁菸標示，並不得供應與吸菸有關之器物。			

其他建議事項

審核結果	<input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 不合格，需補正事項及日期： <input type="checkbox"/> 其他，需補正事項及日期：	負責人簽章：   審查日期/人員簽章：
------	--	------------------------------