เช็กลิสต์ตรวจบันไดหนีไฟและทางหนีไฟ (รายเดือน)

ชื่ออาคาร ..... **บันไดหนีไฟ (ตำแหน่ง/หมายเลข)** .....

วันที่ตรวจ ..... **ผู้ตรวจ** .....

รายการตรวจ	ผ่าน	ไม่ผ่าน	หมายเหตุ / ชั้นที่พบ
ประตูหนีไฟ			
ประตูปิดได้เองสนิท ไม่ถูกค้ำหรือผูกไว้	☐	☐	
ประตูเปิดออกได้จากด้านในโดยไม่ต้องใช้กุญแจ	☐	☐	
อุปกรณ์ดึงประตูกลับ (door closer) ทำงานปกติ	☐	☐	
ป้ายติดประตู "ทางหนีไฟ ห้ามกีดขวาง" ครบทุกชั้น	☐	☐	
ทางเดินและบันได			
ไม่มีสิ่งของ กล่อง หรือเฟอร์นิเจอร์วางกีดขวาง	☐	☐	
ขั้นบันไดไม่ชำรุด ไม่ลื่น ไม่มีน้ำขัง	☐	☐	
ราวจับแน่นหนา ไม่หลวมหรือหัก	☐	☐	
ไม่มีการใช้บันไดหนีไฟเป็นที่เก็บของหรือที่สูบบุหรี่	☐	☐	
แสงสว่างและป้าย			
ไฟส่องสว่างปกติทำงานทุกชั้น	☐	☐	
ไฟฉุกเฉินในบันไดอยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน	☐	☐	
ป้ายบอกชั้นและป้ายทางออกมองเห็นชัด	☐	☐	
ทางออกชั้นล่าง			
ประตูทางออกสุดท้ายเปิดได้ ไม่ถูกล็อก	☐	☐	
ด้านนอกประตูไม่มีรถหรือสิ่งของจอดขวาง	☐	☐	
เส้นทางไปจุดรวมพลโล่ง	☐	☐	

ผู้ตรวจ / วันที่ ..... ผู้รับทราบ / วันที่ .....