

แบบฟอร์มการตรวจประเมินพื้นที่ระบบ 7ส (พื้นที่ส่วนกลาง)

พื้นที่ตรวจ..... วันที่ตรวจ.....ครั้งที่...../...../.....

ประเภท..... Committee Audit

คำแนะนํา 1.วิธีการประเมินคะแนนให้หรือ ในช่องเกณฑ์คะแนน และกรอกคะแนนในช่องคะแนนที่ได้
2.ระดับคะแนนเริ่มจาก 1 ,3,5 โดยพิจารณาจากผลลัพธ์หรือหลักฐานในแต่ละหัวข้อการประเมิน

ลำดับ	หัวข้อการตรวจ	รายละเอียดการตรวจ				
		ดีมาก (4)	ดี (3)	พอใช้ (2)	ปรับปรุง (1)	ต้องแก้ไข (0)
บอร์ด / แพ้ / ประกาศ / ข่าวสาร						
1	มีการประกาศนโยบายความปลอดภัยและ7ส พร้อมกฎระเบียบความปลอดภัยและมาตรฐาน 7ส					
2	สะอาด ,ไม่มีคราบสกปรก หรือข้าวรด					
3	มีป้ายชื่อหน่วยงานพร้อมแผนผังพื้นที่					
4	มีตัวแทนพื้นที่อธิบายนการทำงานในพื้นที่ชัดเจน					
5	พนักงานมีทัศนคติ ความรู้ ความเข้าใจ สามารถตอบคำถามเรื่องการปฏิบัติ 7ส ของสำนักได้(สุ่มถาม)					
6	มีการปรับปรุงข้อมูล ให้เป็นปัจจุบัน (Update)					
ห้องสุขา						
1	กระจกหน้าต่าง กระจกส่องหน้า สุขภัณฑ์ สะอาด ไม่มีคราบ					
2	อุปกรณ์ สุขภัณฑ์ ชักโครก ถังน้ำ ใช้งานได้ ไม่ชำรุด					
3	มีแผนการทำความสะอาด ดำเนินตามแผน และมีการตรวจสอบ					
4	มีผู้รับผิดชอบประจำห้องสุขา และมีผู้ตรวจสอบ					
5	ถังขยะ มีถุงรองรับ ขยะไม่ล้นถัง ทำความสะอาดเป็นประจำ					
โรงอาหาร						
1	พื้นที่เตรียมอาหาร สะอาด วางอุปกรณ์เป็นระเบียบ					
2	ภาชนะ จาน ถ้วย ช้อน ส้อม สะอาดพร้อมใช้ จัดวางเป็นระเบียบ สะดวกต่อการใช้งาน					
3	ถังขยะ มีถุงรองรับ ขยะไม่ล้นถัง ทำความสะอาดเป็นประจำ					
4	มีป้ายบ่งชี้สถานะการใช้งาน มีผู้รับผิดชอบ					
5	มีแผนการทำความสะอาด และผู้ตรวจสอบ					
ห้องประชุม / ห้องพัสดุ / ห้อง Control/ห้องล็อกเกอร์						
1	โต๊ะ เก้าอี้ มีจำนวนเพียงพอ จัดเก็บเป็นระเบียบ พร้อมใช้งานเป็นไปตามมาตรฐาน					
2	อุปกรณ์ระบบไฟฟ้าในห้องประชุม อยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน ไม่ชำรุด					
3	มีป้ายบ่งชี้สถานะการใช้งาน มีผู้รับผิดชอบ					
4	มีแผนการทำความสะอาด และผู้ตรวจสอบ					
สภาพแวดล้อมพื้นที่โดยรวม						
1	มีการแยกขยะ มีการทำความสะอาดสม่ำเสมอ ไม่มีกลิ่นเหม็น ไม่มีคราบสกปรก					
2	สิ่งของในพื้นที่มีเฉพาะสิ่งของที่จำเป็น และเกี่ยวข้อง จัดวางเป็นระเบียบ สะดวกต่อการใช้งาน					
3	มีการรักษาความสะอาด และความเป็นระเบียบเรียบร้อยของพื้นที่					
4	มีการจัดเก็บตามมาตรฐานที่กำหนด และมีการนําระเบียบมาตรฐาน 3ส แรกไปปฏิบัติ					
เครื่องจักร อุปกรณ์ วัสดุ ในการทำงาน (ถ้ามี)						
1	มีระบบการจัดเก็บเครื่องมือประจำเครื่องจักรอยู่ในตำแหน่งที่สะดวกในการหยิบใช้					
2	มีกำหนดวันเวลาทำความสะอาด แผนบำรุงรักษาสภาพเครื่องจักร และดำเนินการตามแผนหรือไม่					
3	มีการสะสมของที่ไม่จำเป็น/ ไม่เกี่ยวข้องออกจากบริเวณเครื่องจักร/อุปกรณ์ต่างๆ					
4	มีการตรวจสอบความพร้อมของเครื่องจักร/อุปกรณ์ต่างๆ ก่อนเริ่มปฏิบัติงาน					
5	พนักงานที่ปฏิบัติงาน ผ่านการอบรม วิธีการใช้งาน การดูแลรักษา และการตรวจสอบ เครื่องจักร อุปกรณ์ (ใบขับขี่)					
อุปกรณ์ เครื่องใช้ไฟฟ้าต่างๆ พัดลม เครื่องปรับอากาศ,คอมพิวเตอร์						
1	สายไฟ สายอุปกรณ์ต่อพ่วงต่างๆ ถูกเก็บรวมด้วยอุปกรณ์ หรืองัดไฟอย่างเป็นระเบียบ สภาพสมบูรณ์ ไม่ชำรุด ไม่มีคราบ					
2	อุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องในกรณีฉุกเฉิน เช่น ไฟฉาย,หมวก พร้อมใช้งาน					
ห้องพยาบาล						
1	มีป้ายระบุรายละเอียดในตู้ยา วันหมดอายุของยา มีการ FIFO ยา					
2	สต็อก Stock ยาระหว่างในระบบกับของจริงอย่างน้อย 2 รายการ ว่ามีจำนวนตรงกันหรือไม่					
3	มีกำหนดทำความสะอาด และแผนบำรุงรักษาสภาพอุปกรณ์การทำแผล					
4	เตียงอยู่ในลักษณะพร้อมใช้งาน มีการดูแลทำความสะอาดอยู่เสมอ					
คะแนนรวม						

จุดเด่นของพื้นที่

ชื่อปรับปรุง

กรรมการผู้ตรวจ.....

วันที่.....