

橋梁点検サポーター 点検結果報告書

事務所長様

管理番号

点検年月日：	年	月	日	時刻：午前，(午後)	時	分																																																																																																									
点検者氏名：				(電話番号：																																																																																																											
点検橋梁名：				路線名																																																																																																											
損傷状況： <table border="1"> <tr> <td colspan="7"> <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり </td> </tr> <tr> <td colspan="2">損傷状況</td> <td colspan="5">具体的記載</td> </tr> <tr> <td colspan="2">路面</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> 穴や段差</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> 土砂が堆積</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> 排水ますの詰まり</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> 高欄が損傷</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> その他の部材</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">桁下</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> 床版に損傷</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> 桁に損傷</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> 下部工に損傷</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> その他の部材</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">その他</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> その他の部材</td> <td colspan="5"></td> </tr> </table>							<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり							損傷状況		具体的記載					路面							<input type="checkbox"/> 穴や段差							<input type="checkbox"/> 土砂が堆積							<input type="checkbox"/> 排水ますの詰まり							<input type="checkbox"/> 高欄が損傷							<input type="checkbox"/> その他の部材							桁下							<input type="checkbox"/> 床版に損傷							<input type="checkbox"/> 桁に損傷							<input type="checkbox"/> 下部工に損傷							<input type="checkbox"/> その他の部材							その他							<input type="checkbox"/> その他の部材						
<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり																																																																																																															
損傷状況		具体的記載																																																																																																													
路面																																																																																																															
<input type="checkbox"/> 穴や段差																																																																																																															
<input type="checkbox"/> 土砂が堆積																																																																																																															
<input type="checkbox"/> 排水ますの詰まり																																																																																																															
<input type="checkbox"/> 高欄が損傷																																																																																																															
<input type="checkbox"/> その他の部材																																																																																																															
桁下																																																																																																															
<input type="checkbox"/> 床版に損傷																																																																																																															
<input type="checkbox"/> 桁に損傷																																																																																																															
<input type="checkbox"/> 下部工に損傷																																																																																																															
<input type="checkbox"/> その他の部材																																																																																																															
その他																																																																																																															
<input type="checkbox"/> その他の部材																																																																																																															
点検上の問題点など（気づいたことを何でも記載可）： <table border="1"> <tr> <td colspan="7" style="height: 30px;"></td> </tr> </table>																																																																																																															
写真： <table border="1"> <tr> <td style="width: 50%; height: 150px;"></td> <td style="width: 50%; height: 150px;"></td> </tr> </table>																																																																																																															
処理：① 報告受理年月日：令和 年 月 日 (事務所にて記入) ② 現場確認年月日：令和 年 月 日 ③ 対応報告年月日：令和 年 月 日 ④ 対応完了年月日：令和 年 月 日																																																																																																															