

記入の留意点

殿

年 月 日

届出者住所

届出者氏名

- 保健所に届出済の「建築物衛生法上の届出者」です。
- 法人名・代表者役職名・氏名を記入

押印
不要

名称、主たる
代表者の氏名

受水槽・高置水槽・中央式の給湯設備等、それぞれに一部づつ報告書が必要です。

飲料水貯水槽等維持管理状況報告書

ビル名：

担当者 氏名：

所在地：

電話：

1 毎月点検（受水槽・高置水槽等）

受水槽有効容量：

項目	点検月日	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月
	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日
槽周囲・ポンプ室等の物置化、汚れ													
槽壁面の亀裂、密閉状況													
水の濁り、油類、異物等													
マンホール	施錠												
	破損、防水、さび等												
オーバーフロー管、通気管の防虫網													
その他	ボールタップ、満減水装置												
	ポンプ、バルブ類												

点検した水槽の有効容量（種類）を記入して下さい。
例）30m³（受水槽）、10m³（高置水槽）、8m³（貯湯槽）等

2 貯水槽等の清掃及び水質検査

項目	実施月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月
	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日
貯水槽等の清掃実施日													
水質検査実施日													
防錆剤濃度検査実施日													

中央式の給湯設備がある場合のみ「有」に記入する。

3 年2回点検（受水槽・高置水槽等）

項目	点検月日	月日	月日
	点検、清掃が容易で衛生的な場所か		
槽又は上部に汚水となる配管			
吐水口空間、排水			
飲用以外の用途との兼用又は設備からの逆流のおそれの有無			
クロスコネクションの有無			

その他の設備が「有」となるのは、炊事用等に専用の受水槽等がある場合や飲用（炊事等含む）の中央式冷水設備がある場合等です。
なお、現在の届出施設に「有」の施設はごく少数です。

4 飲用等の有無

設備の種類	有無
中央式給湯設備	有（ 系統） 無
その他の設備	有（炊事用専用給水・浴用専用給水・中央式冷水） 無

【添付先】

特別区内に所在するビルの届出者の方
所在地を所管する保健所あてに報告してください。
区内(10,000 m²超)及び島しょに所在するビルの届出者の方
163-8001 新宿区百人町 3-24-1 本館ビル2階
健康安全研究センター広域監視部建築物監視指導課
ビル衛生検査第 班

※ 特別区内に所在する延べ床面積 10,000 m²以下の施設については所管の保健所あてに報告してください。

- 凡 例
- 良
 - △ 不備
 - △ 不十分
 - ／ 設備無

備考

(注1) 1及び3については凡例を参考にいずれかの記号を、2については清掃等を実施した日付を記入し、4については、有又は無のいずれかに○を付けてください。

(注2) 水質検査の写し(1年間分)と、残留塩素等の測定実施記録票の写し(11月分)を添付してください。