年　　月　　日

東京都多摩府中保健所長 殿

保健所に届出の施設名称、施設所在地、営業者名（法人の場合は法人名及び代表者名）を記入してください。（押印は不要です。）

施 設 名 称
施設所在地
営　業　者

報告月を記入してください。

＿月分　循環式浴槽等維持管理状況報告

循環式浴槽等の維持管理状況について、次のとおり報告します。　　判定方法（〇：適　合　　レ：不適合　　ー：該当なし）

No.	点　検　項　目	判　定	実施日（実施した場合）・消毒方法・管理方法等について記入してください
1	浴槽水の遊離残留塩素濃度は 0.4mg/L 以上を保持しているか。※		※モノクロラミンの場合は 3mg/L 以上 塩素系薬剤とその他の方法との併用の場合は遊離残留塩素濃度の確認
2	浴槽は、1 日 1 回以上換水・清掃しているか。		
3	集毛器は、毎日清掃を行い、内部の毛髪、あか、ぬめり等を除去しているか。		
4	ろ過器は、1 週間に 1 回以上の頻度で逆洗浄等を行い、内部の消毒を実施しているか。		◇実施日：
5	浴槽水の循環配管等は、1 週間に 1 回以上の頻度で内部の消毒を実施しているか。		◇実施日：　◇消毒方法　・薬剤：薬品名（　　）濃度（　　）処理時間（　　） ・高温水：温度（　　℃）処理時間（　　）
6	浴槽水のレジオネラ属菌の水質検査を 1 年以内に 1 回以上実施しているか。		◇実施日：　◇実施予定月（該当月に〇）　1・2・3・4・5・6・7・8・9・10・11・12 月
7	貯湯槽内の湯温は、60℃以上を保持しているか。また、60℃以上に保持することが困難な場合は、塩素系薬剤により湯の消毒を行っているか。		◇管理方法（該当する方に〇）：　温度管理　・　塩素剤管理
	貯湯槽内部の汚れ等の状況を随時点検し、1 年に 1 回以上清掃及び消毒を行い、ぬめり等の汚れの除去を行っているか。		◇実施日：　◇実施予定月（該当月に〇）　1・2・3・4・5・6・7・8・9・10・11・12 月
8	調節槽は、1 週間に[illegible]		◇実施日：　）処理時間（　　） ℃ 処理時間（　　）
	調節槽内部の汚れ等の状況を随時点検し、1 年に 1 回以上清掃を行い、ぬめり等の汚れの除去を行っているか。		◇実施日：　◇実施予定月（該当月に〇）　1・2・3・4・5・6・7・8・9・10・11・12 月

備考	（不適合の具体的な内容や改善状況等を記入してください）	報告者名： 電話番号：

判定欄には「〇」「レ」「ー」のいずれかを記入してください。

消毒方法等に応じ、薬品名（化学物質名）、濃度、温度、処理時間等をできるだけ詳細に記入してください。（No.5、8）

貯湯槽がない場合は、7を「ー」としてください。調節槽がない場合は、8を「ー」としてください。

実施日を記入してください。また、実施予定月に〇をしてください。（No.6、7、8）

判定欄に「レ」がある場合及び水質検査の結果に不適ある場合は、速やかに改善措置を講じるとともに、備考欄に原因と対応についてご記入ください。（備考は別紙に記入しても構いません）

報告者名等を記入してください。

◎ 添付書類（ろ過器等を設置している全ての循環式浴槽について提出してください。）
1　遊離残留塩素等の濃度測定結果（直近の配管消毒実施日の前日分）
2　レジオネラ属菌検査結果（実施月）
（結果が基準を超過した場合、速やかに保健所へ連絡してください。）

レジオネラ属菌検査を実施した月は、結果が判明し次第、結果を添付して速やかに報告してください。

境安全課 環境衛生第一・第二担当
町一丁目 26 番地の 1　東京都府中合同庁舎内
FAX:042-360-2144
E-MAIL:S1153402@section.metro.tokyo.jp