

東京都南多摩保健所長 殿

報告月を記入してください。

保健所に届出の施設名称、所在地、営業者名（法人の場合は法人名称及び代表者名）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

システム名を記入。

__月分 連続使用循環式浴槽等維持管理状況報告（__系統）

連続使用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(○：適合 レ：不適合 -：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、1日に1回以上測定しているか。 | ○ | ※モノクローム法による測定結果を記入してください。 「○」「レ」「-」のいずれかを記入してください。 |
| 2 | 浴槽は、1週間に1回以上清掃を行っているか。 | ○ | |
| 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：6日、13日、21日、27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：7日、14日、21日、28日 ◇消毒方法 ・薬剤：薬品名(次亜塩素酸ナトリウム)濃度(5mg/L)処理時間(3時間) ・高温水：温度()℃処理時間() |
| 6 | 浴槽水の水質検査(レジオネラ属菌を除く)を毎月実施しているか。 | ○ | |
| 6 | 浴槽水のレジオネラ属菌の水質検査を6月以内に1回以上実施しているか。 | ○ | ◇実施日：20日 ◇実施予定月(該当月に○) 1・2・3・4・5・6・7・8・9・10・11・12月 |
| 7 | 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。 | ○ | |
| 8 | 営業時間中は、浴槽水を循環させているか。 | ○ | |
| 9 | 入浴設備は、1週間に1回以上の頻度で清掃を行っているか。 | ○ | |
| 10 | 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○)： 温度管理 ・ 塩素剤管理 |
| 10 | 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○) 1・2・3・4・5・6・7・8・9・10・11・12月 |
| 11 | 調節槽は、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：6日、13日、21日、27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() |
| 11 | 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○) 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) 判定欄に「レ」がある場合及び水質検査結果が不適の場合には、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記入してください。 | | 報告者名：南多摩 太郎 電話番号：042-371-7661 |

項目4、5、11は、報告月中の実施日を全て記入してください。

洗浄方法に応じて、薬品名、使用濃度、処理時間を詳細に記入してください。

項目6のレジオネラ属菌検査と項目10、11の1年に1回以上の清掃等は、実施した月に、その実施日を記載。その他の月は実施予定月に○をしてください。

◎ 添付書類

- 浴槽水の消毒・入浴設備の日常点検記録票 ※全ての循環式浴槽について提出してください。
- 水質検査結果(レジオネラ属菌を含む)
(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。)

【提出先】 東京都南多摩保健所 生活環境安全課 環境衛生担当

添付書類を必ず添付してください。