

(記入例)

令和〇年〇月〇日

東京都多摩小平保健所長 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(押印不要)

施設名称 多摩小平健康センター
施設所在地 小平市花小金井1-31-24
営業者 (株)多摩小平商事(代)東京 太郎

報告月を記入

1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(○: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: 7日、14日、21日、28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(10mg/mL) 処理時間(2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: 20日 ◇実施予定月 1・2・3・4・5・6・
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○): 温度管理
	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: (該当月に○) 7・8・9・10・11・12月
8	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: (該当月に○) 7・8・9・10・11・12月 ・薬剤: 薬品名() 濃度() 処理時間() ・高温水: 温度()℃ 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: (該当月に○) 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: 東京 次郎 電話番号: 042-450-3111

「○」「レ」「-」のいずれかを記入

薬品名(商品名など)、消毒時の濃度、
温度、処理時間を記入(No.5、No.8)

実施日は、実施した月に日にちを記入
実施予定月は、当該月を○で囲む
(No.6、No.7、No.8)

貯湯槽がない場合は No.7に「-」、
調節槽がない場合は No.8に「-」を記入

報告書作成者の氏名、
電話番号を記入

・判定欄に「レ」がある場合
・水質検査結果が不適の場合 等
速やかに改善措置を講じるとともに、備考欄に原因及び対応について記入

◎ 添付書類

- 直近の配管消毒実施日の前日分の遊離残留塩素濃度等測定結果 ※全ての循環式浴槽について提出してください。
- レジオネラ属菌検査結果(実施月のみ) ※循環系統ごとに実施及び報告してください。
(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】 東京都多摩小平保健所 生活環境安全課

レジオネラ属菌検査を実施した月は、
結果を添付して速やかに提出