

記入例

循環型浴槽等及び循環給湯シャワーの自主管理点検票(令和 年)

施設名: 東京□□園

所在地: ○○市△△△1-2-3

電話番号: 042-000-0△0△

担当者名: 東京太郎

○: 適
×: 不適

設備名	点検項目	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	備考	
循環型浴槽 (有)	換水	浴槽水は毎日完全に換水しているか。	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×		
		毎日換水できない場合でも、週1回以上は完全に換水しているか。	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	3日に1回全換水
	エアロゾル発生装置	気泡発生装置やジェット噴射装置等に、毎日換水していない浴槽水を使用していないか。												設置していない	
	レジオネラ属菌	浴槽水のレジオネラ属菌検査を年1回以上行っているか。(実施予定月: 月)	年の はじ												毎日換水ではない
		毎日換水していない場合は、レジオネラ属菌検査を年2回以上行っているか。(実施予定月: 1月、7月)	1/15	実施日(採水日)						7/15					
	ろ過器等	ろ過器の逆洗浄を週1回以上行っているか。	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
		ろ過器や配管内の消毒を週1回以上行っているか。	×	×	×	○	○	○	○	○	○	○	○	○	4月から実施
	集毛器	集毛器は毎日清掃しているか。	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
遊離残留塩素	浴槽水の遊離残留塩素濃度を測定して記録しているか。	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○		
	遊離残留塩素濃度は、0.4 mg/L以上に保たれているか。	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○		
循環型機械浴槽 (有)	換水	浴槽水は毎日完全に換水しているか。	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
		毎日換水できない場合でも、週1回以上は完全に換水しているか。													毎日換水
	エアロゾル発生装置	気泡発生装置やジェット噴射装置等に、毎日換水していない浴槽水を使用していないか。													
	レジオネラ属菌	浴槽水のレジオネラ属菌検査を年1回以上行っているか。(実施予定月: 7月)							7/15	実施日(採水日)を記入する					
		毎日換水していない場合は、レジオネラ属菌検査を年2回以上行っているか。(実施予定月: 月、月)	年の												毎日換水
	ろ過器等	ろ過器や配管内の消毒を週1回以上行っているか。	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	月に1回実施
	集毛器	集毛器は毎日清掃しているか。	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	週に2回実施
遊離残留塩素	浴槽水の遊離残留塩素濃度を測定して記録しているか。	×	×	×	○	○	○	○	○	○	○	○	○	4月から実施	
	遊離残留塩素濃度は、0.4 mg/L以上に保たれているか。	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×		
循環給湯シャワー (有)	貯湯槽	貯湯槽内の湯温は、60度以上に保たれているか。(設定温度: 61度)	貯湯槽の温度計で60℃	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○		
	給湯栓	末端の給湯栓の温度は、55度以上に保たれているか。	週に1回以上、湯温を測定する	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○		
		給湯栓の温度を55度以上に保てない場合は、遊離残留塩素濃度が0.1 mg/L以上に保たれているか。												温度管理をしてお り残塩は測定せず	