

令和3年度 公衆浴場における衛生管理講習会

施設のレジオネラ対策

④循環式浴槽等維持管理状況報告

東京都多摩府中保健所

生活環境安全課

環境衛生担当

令和4年1月分から様式が変わります

NEW!

別紙様式1
年 月 日

東京都 保健所長 殿

施設名称
施設所在地
営業者

__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 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 1・2・3・4・5・6・ (該当月に○) 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○):	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 1・2・3・4・5・6・ (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:	◇消毒方法 ・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:	◇実施予定月 1・2・3・4・5・6・ (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: 電話番号:

◎ 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。)

- 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)
- 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。)

【提出先】東京都
〒

保健所 生活環境安全課 環境衛生第 担当
電話:
E-MAIL: FAX:

残留塩素測定

東京都 保健所長 殿

別紙様式 1
年 月 日

施設名称
施設所在地
営業者

__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 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	作業時は、毎日清掃を行い、内部の手懸、また、排水口等を洗浄しているか。		
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:

少なくとも使用前・使用中・終了後に測定

直近 (= 月末) に実施した配管洗浄の
前日分の残留塩素測定記録を添付

◎ 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。)

【提出先】 東京都 保健所 生活環境安全課 環境衛生第 担当
〒 電話:
E-MAIL: FAX:

レジオネラ検査

別紙様式 1
月 日

ろ過器の循環系統ごとに年 1 回以上実施

検査実施月は、結果が出てから報告

5	浴槽水の循環配管等は、1週間に1回以上の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○)	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。 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。	◇管理方法 (該当する方に○)：	温度管理	・塩素剤管理
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：	◇消毒方法	・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：	◇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)			報告者名： 電話番号：

◎ 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、速やかに保健所に連絡してください。)

【提出先】 東京都
庁

保健所 生活環境安全課 環境衛生第 担当
電話：
E-MAIL： FAX：

貯湯槽（貯留する湯の対象を拡大）

NEW!

東京都 保健所長 殿

別紙様式 1
年 月 日

施設名称
施設所在地
営業者

循環No.	貯湯槽内の管理方法、 清掃・消毒の実施日等を記載	
1		
2		
3		
4		
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 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 1・2・3・4・5・6・ (該当月に○) 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。 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。	◇管理方法 (該当する方に○)： 温度管理 ・ 塩素剤管理 ◇実施日： ◇実施予定月 1・2・3・4・5・6・ (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： ◇消毒方法 濃度()処理時間() ・薬剤:薬品名 ・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： ◇実施予定月 1・2・3・4・5・6・ (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： 電話番号：	

◎ 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。)

- 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)
- 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。)

【提出先】 東京都 保健所 生活環境安全課 環境衛生第 担当
〒 電話： FAX:
E-MAIL:

調節槽 NEW!

東京都 保健所長 殿

別紙様式 1
年 月 日

施設名称
施設所在地
営業者

__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 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	<div style="border: 2px solid green; border-radius: 20px; padding: 20px; text-align: center;"> <h3>調節槽の消毒実施日・消毒方法、 清掃の実施日等を記載</h3> </div>		
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℃以下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
	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 1・2・3・4・5・6・ (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: ◇消毒方法 ・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: ◇実施予定月 1・2・3・4・5・6・ (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: 電話番号:

- ◎ 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。)
- 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)
 - 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。)

【提出先】 東京都 保健所 生活環境安全課 環境衛生第 担当
〒 電話: FAX:
E-MAIL:

判定

東京都 保健所長 殿

別紙様式 1
年 月 日

施設名称
施設所在地
営業者

__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 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。 [*]		<small>※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</small>
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 1・2・3・4・5・6・ (該当月に○) 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○): 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 1・2・3・4・5・6・ (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: ◇消毒方法 ・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: ◇実施予定月 1・2・3・4・5・6・ (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: 電話番号:

◎ 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。)

- 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)
- 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。)

【提出先】 東京都
〒

保健所 生活環境安全課 環境衛生第 担当
電話: FAX:
E-MAIL:

備考欄

東京都 保健所長 殿

別紙様式 1
年 月 日

施設名称
施設所在地
営業者

月分 循環式浴槽等維持管理状況報告

- ・ チェックに不適合がある
- ・ その他対応の必要な事柄があった場合

実施した具体的な内容や改善状況等を記入

※不適合のまま未記入で提出しない

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：	◇消毒方法	濃度（ ）	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：	◇実施予定月	1・2・3・4・5・6・	高温水：温度（℃）処理時間（ ）
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：	

◎ 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。）

【提出先】 東京都 保健所 生活環境安全課 環境衛生第 担当
 〒 電話： FAX:
 E-MAIL: