

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 1月～12月)

施設名: 東京口口園

所在地: ○○区(市)△△△1-2-3

電話番号: 03-5320-○△○△

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・無)	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。	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	4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)	年のはじめに予定を記入する												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: 4月、10月)				4/12						10/8 10/20			1回目不適合の場合は、再検査日も記入
	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。	×	×	×	×	×	×	○	○	○	○	○	○	7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。	×	×	×	×	×	×	○	○	○	○	○	○	6月までは測定していたが記録なし	
	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・無)	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: 4月)	年のはじめに予定を記入する												
		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)													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1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。	×	×	×	×	×	×	×	×	×	○	○	○	10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・無)	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: 62度)												2月は貯湯槽温度計60℃未満あり	
	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。													
		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。												温度管理をしておらず残塩は測定せず	