

記入の留意点

令和 5 年 1 2 月 1 日

品川区保健所長 あて

受水槽・高置水槽は貯水槽ごと
中央式の給湯設備は系統ごと
それぞれ一部ずつ報告書が必要です

届出者住所

届出者氏名

保健所に届出済みの
「建築物衛生法上の届出者」
法人名・代表者役職名・氏名を記入
*変更がある場合は別途手続きが必要です。
[在地、代表者の氏名]

押印
不要

飲料水貯水槽等維持管理状況報告書

ビル名：大井町産業〇〇ビル

所在地：品川区勝島〇ー〇ー〇

担当者氏名：

電話：

報告書を作成した方の
所属・氏名・連絡先を記入

1 毎月点検（受水槽・高置水槽等）

受水槽有効容量：

点検月日		1 2 月	1 月	2 月	3 月	4 月	5 月	6 月	7 月	8 月	9 月	1 0 月	1 1 月
項 目		6 日	6 日	6 日	6 日								
槽周囲・ポンプ室等の物置化、汚れ		○	△	○	○	点検した水槽の有効容量（種類を記入） 例） 3 0 m ³ （受水槽）、1 0 m ³ （高置水槽） 8 m ³ （貯湯槽）等							
槽壁面の亀裂、密閉状況		○	○	○	○								
水の濁り、油類、異物等		○	○	○	○								
マン ホール	施 錠	○	レ	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	破損、防水、さび等	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
オーバーフロー管、通気管の防虫網		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
その他	ボールタップ、満減水装置	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	ポンプ、バルブ類	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

2 貯水槽等の清掃及び水質検査

実施月		1 2 月	1 月	2 月	3 月	4 月	5 月	6 月	7 月	8 月	9 月	1 0 月	1 1 月
貯水槽等の清掃実施日								5 日					
水 質 検 査 実 施 日		6 日						5 日					
防錆剤濃度検査実施日													

3 年 2 回点検（受水槽・高置水槽等）

点検月日		12月 6日	6月 5日
項 目			
点検、清掃が容易で衛生的な場所か		○	○
槽管	その他の設備「有」は、炊事用、浴用等に専用の設備がある場合、または飲用（炊事用含む）の中央式冷水設備がある場合等です。なお、現在の届出施設に「有」の施設はごく少数です。		
備防			
マンホールの位置、大きさ、立上り		○	○
吐水口空間、排水口空間の確保		○	○
飲用以外の用途との兼用 又は設備からの逆流のおそれの有無		○	○
クロスコネクションの有無		○	○

4 飲用等の設備の有無

設備の種類	設備の有無等
中央式給湯設備	有（ 系統） 無
その他の設備	有（炊事用専用給水・浴用専用給水 ・中央式冷水） 無

【送付先】

品川区保健所 生活衛生課 環境衛生担当	〒140-8715 品川区広町 2-1-3 6 電話 03-5742-9138
---------------------------	---

但し延床面積10,000 m²を超える施設は、下記に送付して下さい。

東京都健康安全研究 センター 広域監視部 建築物監視指導課 ビル衛生検査係 第2班	〒169-0073 新宿区百人町 3-24-1 東京都 健康安全研究センター本館 2 階 電話 03-5937-1062
---	---

（注1）1 及び3については凡例を参考にいずれかの記号を、2については
清掃等を実施した日付を記入し、4については、有又は無のいずれかに○を
付けてください。

（注2）水質検査の写し（1年間分）と、残留塩素等の測定実施記録票の写し
（11月分）を添付してください。

凡 例
○ 良
レ 不 備
△ 不十分
／ 設備無

備考