品川区保健所長　あて　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　届出者住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　届出者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　 　　　　法人にあっては、その名称、主たる

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　 事務所の所在地、代表者の氏名

飲料水貯水槽等維持管理状況報告書

ビル名： 担当者 氏　名：

　所在地： 電　話：

１　毎月点検（受水槽・高置水槽等）　　　　　　　　　受水槽有効容量：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 点検月日  項　　目 | | 12月  日 | 1 月  　日 | 2月  　日 | 3月  日 | 4月  日 | 5月  　日 | 6 月  　日 | 7 月  　日 | 8 月  　日 | 9 月  　日 | 10月  　日 | 11月  　日 |
| 槽周囲・ポンプ室等の物置化、汚れ | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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  項　　目 | | 12月 | 1 月 | 2月 | 3月 | 4月 | 5月 | 6 月 | 7 月 | 8 月 | 9 月 | 10月 | 11月 |
| 貯水槽等の清掃実施日 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 水質検査実施日 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 防錆剤濃度検査実施日 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

３　年2回点検（受水槽・高置水槽等）　　　　　　　 　 ４　飲用等の設備の有無

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 点検月日  項　　目 | | 月　日 | 月　日 | 【送付先】 | 設備の種類 | 有 無 |
| 点検、清掃が容易で衛生的な場所か | |  |  | 中央式給湯設備 | 有（　　系統）  無 |
| 槽又は上部に汚染の原因  となる配管、設備等の有無 | |  |  | その他の設備 | 有（炊事用専用給水・浴用専用給水  無　　　　　　　 　　・中央式冷水） |
| 停滞水  防止構造 | 適正な容量 |  |  | 〒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  〒140-8715  品川区広町２－１－３６  電話　０３－５７４２－９１３８  品川区保健所  生活衛生課  環境衛生担当  但し延べ床面積10,000㎡を超える施設は、下記に送付してください。 | |
| 連通管の位置、  受水口と揚水口の位置 |  |  |
| マンホールの位置、大きさ、立ち上げ | |  |  |
| 吐水口空間、排水口空間の確保 | |  | 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  ビル衛生検査担当　第2班 |
| 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 | |  |  |

凡　例

〇　　良

レ　不　備

* 不十分

／　設備無

備考

（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

に〇を付けてください。

（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。