循環型浴槽等及び循環給湯シャワーの自主管理点検票（　　　 　年 月～ 月）

○： 適

×：不適

様式例１

施設名：　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地：　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　電話番号：　　　　 　 　　　担当者名：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 設備名 | 点　　検　　項　　目 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 | 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。 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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：　　　月） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ろ過機等 | ろ過機の逆洗浄を週１回以上行っているか。 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ろ過機や配管内の消毒を週１回以上行っているか。 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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・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。 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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：　　　月） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ろ過機等 | ろ過器や配管内の消毒を週１回以上行っているか。 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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：　　　度） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |