

循環式浴槽等の自主管理点検表

実施日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

(前回実施日： _____ 年 _____ 月 _____ 日)

実施者氏名： _____

点検項目		チェック
換水	循環なし： _____ の浴槽水は毎日換水しているか。	□
	循環あり： _____ は、 _____ に換水しているか。	□
	気泡発生装置あり： _____ は、毎日換水しているか。	□
塩素消毒	浴槽水は塩素系薬剤を用いて消毒しているか。	□
	残留塩素濃度を1日に _____ 回以上測定しているか。	□
	残留塩素濃度は _____ か。	□
	結果を3年間保管しているか。	□
	消毒設備の維持管理を、マニュアルに沿って適切に行っているか。	□
水質検査	定められた頻度で実施しているか。	□
	結果を3年間保管しているか。	□
	水質基準に適合しない場合、保健所に報告することを知っているか。	□
湯水の 水位	浴槽水は常にあふれ出る状態になっているか。	□
集毛器	毎日清掃しているか。	□
循環配管	ろ過器の逆洗浄を1週間に1回以上しているか。	□
	ろ過器や循環配管内の高濃度塩素消毒を _____ 実施しているか。	□

点検項目		チェック
貯湯槽	_____ : 60℃以上に保たれているか。	□
	_____ : 60℃以下の場合は塩素等により消毒しているか。	□
回収槽	生物膜が生じないよう _____、清掃・消毒しているか。	□
	清掃・消毒を1週間に1回以上行い、槽内の湯水を消毒しているか。	□
調整箱	定期的に清掃しているか。	□
シャワー	シャワーヘッドの清掃・消毒を _____ 実施しているか。	□

【参考】水質検査

湯水の区分		塩素消毒	水質検査の頻度	責任者 確認印
浴槽水 ※1	毎日換水	あり	1年に1回以上	
		なし	1年に4回以上	
	毎日換水以外 (24時間以上連続使用)	あり	1年に2回以上	
		なし	1年に4回以上	
原水 ※2	水道水	/	—	
	水道水以外 (温泉水・井戸水など)	/	1年に1回以上	

※1: 浴槽水(4項目)

濁度、過マンガン酸カリウム消費量、大腸菌群、レジオネラ属菌

※2: 原水(6項目)

色度、濁度、水素イオン濃度、過マンガン酸カリウム消費量、大腸菌群、レジオネラ属菌

この記録は、責任者に報告したうえで、3年間保管してください。