

記入上の留意点

保健所に届出済の「建築物衛生法上の届出者」です。
複数いる場合は、全て記載してください。

年 月 日

渋谷区保健所長 殿

住所 渋谷区宇田川町〇-△

届出者

氏名 渋谷保健ビル(株) 代表 渋谷一郎
(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)

中央式の給湯設備等も含まます。
(2, 3についても同じ)

飲料水貯水槽等維持管理状況報告書

点検した水槽の有効容量を記入

ビル名：渋谷保健ビル

担当者 氏名：渋谷一郎

所在地：渋谷区宇田川町〇-△

電話：(03) 〇〇-〇〇-〇〇〇〇

1 毎月点検 (受水槽、高置水槽等)

例) 受水槽有効容量：1000m³、高置水槽有効容量：40m³

項目	点検月日											
	12月12日	1月14日	2月11日	3月13日	4月10日	5月12日	6月15日	7月14日	8月12日	9月13日	10月14日	11月13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	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	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

点検日を記入

2 貯水槽等の清掃及び水質検査

実施日を記入します

防錆剤を使用していない場合は斜線で消す。

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						7						
水質検査実施日		17						20				
防錆剤濃度検査実施日												

3 年2回点検受水槽、高置水槽等の点検

中央式の給湯設備等がある場合のみ「有」に記入します。

飲用等の設備の有無

項目	点検日	設備の有無	
		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・中央式冷水) 無
停滞水防止構造	○	中央式の冷水設備の有無	
マンホールの位置、大きさ、立ち上げ	○	浴用や炊事用に専用の水槽を持つ給水設備の有無	
吐水口空間、排水口空間の確保	○		
飲用水以外の用途との兼用又は設備からの逆流のおそれ	○		
クロスコネクションの有無	○		

凡 例
○ 良
✓ 不備
△ 不十分
/ 設備無

備考
・6月の点検時に、受水槽上部に亀裂が認められたため、直ちに補修した
設備に不備を認めた場合は措置や対応策を記入する。

添付の書類についても同封してください。

(注) 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。

※ 1年間に実施した水質検査成績書の写し及び11月分の残留塩素等の検査実施記録票の写しを添付してください (中央式給湯水についても同様に添付してください) (日本工業規格A列4番)