第5号様式（第５条関係）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　　年　　　　月　　　　日

中央区保健所長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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 |
| 貯水槽等の清掃実施日 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 水質検査実施日 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 防 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 | 延べ面積3,000 m2以上10,000m2以下のビルの届出者の方  〒104-0044　東京都中央区明石町12-1  　中央区保健所　生活衛生課　環境衛生係  延べ面積10,000m2を超えるビルの届出者の方  〒169-0073　東京都新宿区百人町3-24-1本館2階  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  【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  無　　　　　給水・中央式冷水） |
| 停滞水  防止構造 | 適正な容量 |  |  |  | |
| 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 | |  |  |
| 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 | |  |  |

(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

備考

凡　　例

○　　良

レ　不　備

△　不十分

／　設備無

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）報告書の写しを、毎年12月１日～15日の間に、担当する保健所あてに提**

**出してください。その際、水質検査結果書の写し（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。**

※　ここで言う給湯(冷水)設備は中央式給湯(冷水)設備のことです。

（日本工業規格Ａ列4番）