

簡易専用水道の自主管理票 ( ) 年)

施設名:

管理担当者:

1. 給水栓水の外観 (色、濁り、臭気、味) の確認 (頻度: 1回/日 記入例: ○は異常なし、×は異常あり)

月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
月																															
月																															
月																															
月																															
月																															
月																															
月																															
月																															
月																															
月																															
月																															
月																															
月																															
月																															
月																															
月																															

2. 遊離残留塩素の測定 (頻度: 1回/週) 単位:mg/l

月	週	1週	2週	3週	4週	5週	備考
月	日	日	日	日	日	日	
月	日	日	日	日	日	日	
月	日	日	日	日	日	日	
月	日	日	日	日	日	日	
月	日	日	日	日	日	日	
月	日	日	日	日	日	日	
月	日	日	日	日	日	日	
月	日	日	日	日	日	日	
月	日	日	日	日	日	日	
月	日	日	日	日	日	日	
月	日	日	日	日	日	日	
月	日	日	日	日	日	日	
月	日	日	日	日	日	日	
月	日	日	日	日	日	日	
月	日	日	日	日	日	日	
月	日	日	日	日	日	日	
月	日	日	日	日	日	日	
月	日	日	日	日	日	日	
月	日	日	日	日	日	日	
月	日	日	日	日	日	日	

3. 貯水槽等給水に関する設備の点検 (頻度: 1回/月 記入例: ○は異常なし、×は異常あり)

区分	点検項目	点検月日	月日	月日	月日	月日	月日	月日	月日	月日	月日	月日	月日	月日
受水槽	周囲の整理整頓は完全か。													
	損傷、亀裂及び水漏れはないか。													
	マンホールの防水パッキン及び施錠は完全か。													
	通気管及びオーバーフロー管の防虫網は完全か。													
高置水槽	汚水や異物の混入 (沈積物) がないか。													
	周囲の整理整頓は完全か。													
	損傷、亀裂及び水漏れはないか。													
	マンホールの防水パッキン及び施錠は完全か。													
高置水槽	通気管及びオーバーフロー管の防虫網は完全か。													
	汚水や異物の混入 (沈積物) がないか。													

4. 清掃及び検査の記録簿 (清掃報告書、検査結果書は別に保存すること。)

- (1) 水槽の清掃 実施年月日: 年 月 日 清掃業者名: \_\_\_\_\_
- (2) 登録検査機関の検査 実施年月日: 年 月 日 検査機関名: \_\_\_\_\_