

記入の留意点

**受水槽・高置水槽は貯水槽ごと
中央式の給湯設備は系統ごと
それぞれ一部ずつ報告書が必要**

届出者住所
届出者氏名

保健所に届出済の
「建築物衛生法上の届出者」
法人名・代表者役職名・氏名を記入

〔法人にあつては、その名称、主たる
事務所の所在地、代表者の氏名〕

押印
不要

槽等維持管理状況報告書

所在地：

担当者 氏名：
電話：

1 毎月点検（受水槽・高置水槽等）

項目	点検月日	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月
		日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日
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											

受水槽、高置水槽の他に中央式給湯設備の貯湯槽や循環給湯設備がある場合は記入

点検した水槽の有効容量と設置場所を記入

例) 30 m³(B4F 受水槽)、10 m³(RF 高置水槽)
5 m³(B1F 貯湯槽)、貯湯槽なし(客室系統)

2 貯水槽等の清掃及び水質検査

項目	実施月	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												
	水質検査実施日												
	防錆剤濃度検査実施日												

貯湯槽の無い循環給湯設備も中央式給湯設備に含まれます。

3 年2回点検（受水槽・高置水槽等）

項目	点検月日	月日	月日
	点検、清掃が容易で衛生的な場所か		
	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		

その他の設備「有」は、炊事用、浴用等に専用の設備がある等の場合です。
なお、現在の届出施設に「有」の施設は、ごく少数です。

4 飲用等

設備種類	有無	
	有	無
中央式給湯設備	有(系統) 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

【送付先】

豊島区に所在する延床面積 10,000 m²以下のビルの届出者の方
〒170-0013 豊島区東池袋 4-42-16 豊島区池袋保健所 生活衛生課 環境衛生グループ

豊島区に所在する延床面積 10,000 m²を超えるビルの届出者の方
〒169-0073 新宿区百人町 3-24-1 本館 2階 健康安全研究センター広域監視部建築物監視指導課 ビル衛生検査第4班

凡例
○ 良
▽ 不備
△ 不十分
/ 設備無

備考

(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) 水質検査の写し(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。