

江東区保健所長 殿

記入の留意点

届出者
届出者
○ 保健所に届出済の「建築物衛生法上の届出者」です。
○ 法人名・代表者役職名・氏名を記入してください。
（名称、主たる所在地、代表者の氏名）
押印不要

中央式の給湯設備等も含む（2、3も同様）。

飲料水貯水槽等維持管理状況報告書

所在地：

担当者 氏
電 話
この報告書についての担当者を記入して下さい。

1 毎月点検（受水槽・高置水槽等）

受水槽有効容量：

項 目		点検月日											
		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

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												

中央式の給湯設備等がある場合のみ「有」に記入する。

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		
槽又は上部に汚染の防止となる配管		
停滞防止		
マンホール		
吐水口空間、		
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		
クロス接続の有無		

その他の設備が「有」となるのは、炊事に専用の受水槽等がある場合や、飲用（炊事等含む）の中央式冷水設備がある場合等です。
なお、現在の届出施設に「有」の施設はごく少数です。

4 飲用等のの有無

設 備 の 種 別	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

【付先】
面積 10,000㎡以下のビルの届出者の方
〒0016 江東区東陽 2-1-1
区保健所 生活衛生課 環境衛生係
面積 10,000㎡を越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
ビル衛生検査係

凡 例 ○ 良 レ 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）を添付して下さい。