

レジオネラ症防止対策施設立入調査票

施 設 名		所 在 地	
営 業 者		電 話 番 号	
衛生管理責任者		営業時間・(休日)	: ~ : ・()
平均利用者数	平日(人)	土・日・祭日(人)	
自主検査採水日	年 月 日		
感染症発生届出がある場合	患者が施設を利用した日 : 年 月 日		

種 類	使用水	消毒薬剤	換水頻度	遊離残留塩素濃度(最大:最小:立入時)
①			回／ 日	(: :)
②			回／ 日	(: :)
③			回／ 日	(: :)
④			回／ 日	(: :)
⑤			回／ 日	(: :)

	ろ過方式	ろ過器能力m ³ /H	逆洗浄等頻度	ろ過器・循環配管の消毒実施日
①	砂・けいそう土・その他()		回／ 日	年 月 日
②	砂・けいそう土・その他()		回／ 日	年 月 日
③	砂・けいそう土・その他()		回／ 日	年 月 日
④	砂・けいそう土・その他()		回／ 日	年 月 日
⑤	砂・けいそう土・その他()		回／ 日	年 月 日

＜チェック項目＞

- ☐ ろ材は洗浄、交換及び消毒が容易にできるか。
- ☐ ろ過器の１時間当たりの処理能力は、浴槽等の容量以上か。
- ☐ ろ過器は１週間に１回以上逆洗浄等適正に清掃しているか。
- ☐ ろ過器・循環配管は定期的に消毒しているか。
- ☐ ろ過器の前に集毛器があるか。
- ☐ 集毛器は毎日清掃しているか。
- ☐ ろ過器の前に消毒薬剤の注入口あるいは投入口があるか。

気泡発生装置

有 ・ 無	
有の場合	土ぼこり防止構造の有無（ 有 ・ 無 ）
	設置浴槽等（ ） ・ 単独槽

＜チェック項目＞ ☐ 空気取入口から土ぼこりが入ることを防止するための措置が講じられているか。

打たせ湯

有 ・ 無	
有の場合	使用水(新鮮水 ・ 循環水 ・ その他)
	設置浴槽等() ・ 単独

＜チェック項目＞ ☐ 使用水は、新鮮水(原湯、原水)か。

□ 循環水を使用している場合、1年に1回以上水質検査を実施しているか。水質基準に適合しているか。

貯湯槽

有 ・ 無				
有の場合	設定温度 ()℃			
	清掃・消毒	頻度(回／)		
		直近の実施日(年 月 日)		
		消毒薬剤名()		
		使用濃度 ()		

＜チェック項目＞ ☐ 槽内の温度を常に60℃以上に保っているか。

☐ 槽内の温度を60℃以上に保つことができる加温装置を備えているか。

☐ 定期的に清掃、消毒を実施しているか。

回收槽

有 ・ 無		
有の場合	清掃・消毒	頻度(回／)
		直近の実施日(年 月 日)
		消毒薬剤名()
		使用濃度 ()

＜チェック項目＞ ☐ 定期的に清掃、消毒を実施しているか。

(様式2)

指 導 書

年 月 日

施 設 名 称

営 業 者

様

大阪市保健所
環境衛生監視員

貴施設を調査したところ、下記のとおり不適の点がありましたので早急に改善するよう指導します。

記

指導事項 :

.....

.....

.....

.....

上記の事実を確認します。

年 月 日

衛生管理責任者

(様式3)

使 用 自 粛 書

年 月 日

大阪市保健所長 様

施設所在地

施設名称

営業者氏名

業 種

当該施設を使用することにより、レジオネラ症の感染のおそれ又は感染の拡大のおそれがあるとの指摘

を受けましたので、本日から水質検査結果により安全が確認できるまで、次の浴槽等の使用を自粛します。

記

浴槽等名 :
.....
.....