

足立保健所長

経営者 住 所

氏 名

〔法人にあつては、その名称、主たる
事務所の所在地及び代表者氏名〕

プール維持管理状況報告書

施設名称：

担当者 氏 名：

所在地：

電 話：

I プール衛生管理実施状況（実施日を記入）

使用期間：令和 年 月 日 から 令和 年 月 日

| | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 |
|----------------------------|----|----|----|----|----|-----|
| 全換水・貯水槽内清掃 (年1回) | | | | | | |
| 吸い込み防止金具などの 固定状況確認(使用前) | | | | | | |
| 従業員研修及び訓練(使用前) | | | | | | |
| 水質検査(月1回) | | | | | | |

II 水 質 検 査 記 録 表 [プール本体2ポイント]

| 実 施 月 ポイント 項 目 | 5月 | | 6月 | | 7月 | | 8月 | | 9月 | | 10月 | |
|------------------------------------|----|---|----|---|----|---|----|---|----|---|-----|---|
| | A | B | A | B | A | B | A | B | A | B | A | B |
| pH 値 (基準 5.8~8.6) | | | | | | | | | | | | |
| 濁 度 (基準 2度以下) | | | | | | | | | | | | |
| 過マンガン酸カリウム消費量 (基準 12mg/L以下) | | | | | | | | | | | | |
| 大腸菌 (基準 試料 100mL 中 検出されないこと) | | | | | | | | | | | | |
| 一般細菌 (基準 200CFU/mL以下) | | | | | | | | | | | | |
| レジオネラ属菌 (不検出) (加温装置を設けている場合) | | | | | | | | | | | | |

※水質検査の結果を記入してください。水質検査結果書のコピーの添付のみでも可

Ⅲ 補給水槽・還水槽清掃（オーバーフロー槽）・点検（実施日を記入）

| | | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 |
|------|---------------|----|----|----|----|----|-----|
| 補給水槽 | 点検（適宣） | | | | | | |
| | 清掃 （年1回以上） | | | | | | |
| 還水槽 | 点検（適宣） | | | | | | |
| | 清掃 （年1回以上） | | | | | | |

※設備がある場合のみ
記入してください。

Ⅳ 補給水量・安全点検等

| | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 |
|----------------------|----|----|----|----|----|-----|
| 月間補給水量 （立方メートル） | | | | | | |
| 安全点検実施日 | | | | | | |
| 利 用 人 数 | | | | | | |
| プールに起因する 疾病・事故の発生 | | | | | | |

※新規補給水量を記入して
ください。

Ⅴ 従業員研修及び訓練の内容の詳細（別紙添付可）

※ Ⅱの水質検査記録表は、プールが複数ある場合、新たに「プール維持管理状況報告書」に記入してください。その場合、必要のない項目については記入しなくて結構です。