令和　　年　　月　　日

足立保健所長

経営者　住　所

　　　　氏　名

法人にあっては、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） |  |  |  |  |  | ※設備がある場合のみ記入してください。 |
| 清　掃（年1回以上） |  |  |  |  |  |  |
| 還水槽 | 点　検（適　宣） |  |  |  |  |  |  |
| 清　掃（年1回以上） |  |  |  |  |  |  |

**Ⅳ　補　給　水　量・安　全　点　検　等**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ５月 | ６月 | ７月 | ８月 | ９月 | 10月※新規補給水量を記入してください。 |
| 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 |  |  |  |  |  |  |

**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。**