

飲料水の貯水槽（受水槽・高置水槽）・貯湯槽ごと、又は中央式給湯設備の系統ごとに、一部ずつ報告書を作成してください。

一つの貯水槽等から複数の特定建築物へ給水している場合は、「ビル名」欄に該当するすべての特定建築物の名称を記入してください。

ビル名：

所在地：

住所

氏名

- ・ 保健所に届出している「建築物衛生法上の届出者名」をご記入ください。
- ・ 法人の場合は法人名、代表者の役職・氏名を併記してください（押印不要）。

〔事務所の所在地、代表者の氏名〕

貯水槽等維持管理状況報告書

担当者 氏 名：

記入者又は問合せ先をご記入ください。

電 話：

E-mail：

1 毎月点検（受水槽・高置水槽等）

受水槽有効容量： 例）30 m³（高置水槽）

点検月日		12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月
項 目		1 日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	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	○											

点検の実施日と点検結果をご記入ください。
※ 点検結果は凡例にしたがってご記入ください。

2 貯水槽等の清掃及び水質検査

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
項 目		日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日
貯水槽等の清掃実施日											1		
水質検査実施日						9		22				20	
防錆剤濃度検査実施日													

各項目の実施日を欄に記入してください。
貯水槽の清掃報告書は添付不要です。

3 年2回点検（受水槽・高置水槽等）

点検月日		4月6日	10月6日
項 目			
点検、清掃が容易で衛生的な場所か		○	
槽又は上部に汚染の原因となる配管、設備等の有無		○	
停滞水 適正な容量		○	
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		○	

点検の実施日と点検結果をご記入ください。
※ 点検結果は凡例にしたがってご記入ください。

4 飲用等の設備の有無

設備の種類	有無	設備の種類	有無
給湯設備	有・無	浴用専用給水設備	有・無
冷水設備	有・無	炊事用給水設備	有・無

中央式の「給湯設備」「冷水設備」がある場合は「有」としてください。

「浴用」「炊事用」の専用系統がある場合は「有」としてください。

／ 設備無

〒192-0046 八王子市明神町 3-19-2
東京たま未来メッセ 庁舎・会議室棟 5 階
八王子市保健所 生活衛生課 環境衛生担当
TEL 042-645-5142

（注）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。