# 簡易専用水道の自主管理票（　　年）

施　設　名：
管理担当者：

1．給水栓水の外観（色、濁り、臭気、味）の確認　（頻度：１回／日　記入例：○は異常なし、×は異常あり）

| 月＼日 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 月 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 月 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 月 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 月 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 月 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 月 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 月 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 月 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 月 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 月 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 月 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 月 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 月 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

2．遊離残留塩素の測定　（頻度：１回／週）　単位:mg/l

| 月＼週 | 1週 | 2週 | 3週 | 4週 | 5週 | 備　考 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 月 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | |
| 月 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | |
| 月 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | |
| 月 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | |
| 月 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | |
| 月 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | |
| 月 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | |
| 月 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | |
| 月 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | |
| 月 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | |
| 月 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | |
| 月 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | |

3．貯水槽等給水に関する設備の点検　（頻度：１回／月　記入例：○は異常なし、×は異常あり）

| 区分 | 点検項目＼点検月日 | 月　日 | 月　日 | 月　日 | 月　日 | 月　日 | 月　日 | 月　日 | 月　日 | 月　日 | 月　日 | 月　日 | 月　日 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 受水槽 | 周囲の整理整頓は完全か。 | | | | | | | | | | | | |
| | 損傷、亀裂及び水漏れはないか。 | | | | | | | | | | | | |
| | マンホールの防水パッキン及び施錠は完全か。 | | | | | | | | | | | | |
| | 通気管及びオーバーフロー管の防虫網は完全か。 | | | | | | | | | | | | |
| | 汚水や異物の混入（沈積物）がないか。 | | | | | | | | | | | | |
| 高置水槽 | 周囲の整理整頓は完全か。 | | | | | | | | | | | | |
| | 損傷、亀裂及び水漏れはないか。 | | | | | | | | | | | | |
| | マンホールの防水パッキン及び施錠は完全か。 | | | | | | | | | | | | |
| | 通気管及びオーバーフロー管の防虫網は完全か。 | | | | | | | | | | | | |
| | 汚水や異物の混入（沈積物）がないか。 | | | | | | | | | | | | |

4．清掃及び検査の記録簿（清掃報告書、検査結果書は別に保存すること。）

(1) 水　槽　の　清　掃　　実施年月日：　　年　　月　　日　　清掃業者名：

(2) 登録検査機関の検査　　実施年月日：　　年　　月　　日　　検査機関名：