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																															

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	
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：