

記入の留意点

届出者住所
届出者氏名

保健所に届出済の
「建築物衛生法上の届出者」
法人名・代表者役職名・氏名を記入

〔法人にあつては、その名称、主たる
事務所の所在地、代表者の氏名〕

押印
不要

受水槽・高置水槽は貯水槽ごと
中央式の給湯設備は系統ごと
それぞれ一部ずつ報告書が必要

槽等維持管理状況報告書

担当者 氏名：
電話：

所在地：

1 毎月点検（受水槽・高置水槽等）

受

項目	点検月日	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月
		日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日
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											

受水槽、高置水槽の他に中央式給湯設備の
貯湯槽や循環給湯設備がある場合は記入

点検した水槽の有効容量と設置場所を記入

例) 30 m³ (B4F 受水槽)、10 m³ (RF 高置水槽)
5 m³ (B1F 貯湯槽)、貯湯槽なし (客室系統)

2 貯水槽等の清掃及び水質検査

項目	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
貯水槽等の清掃実施日													
水質検査実施日													
防錆剤濃度検査実施日													

貯湯槽の無い循環給湯設備も
中央式給湯設備に含まれます。

3 年2回点検（受水槽・高置水槽等）

項目	点検月日	月日	月日
点検、清掃が容易で衛生的な場所か			
その他の設備「有」は、炊事用、浴用等に 専用の設備がある等の場合です。 なお、現在の届出施設に「有」の施設は、 ごく少数です。			
マンホールの位置、大きさ、立ち上げ			
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			

4 飲用等

設備	種類	有無
中央式給湯設備		有 (系統) 無
その他の設備		有 (炊事用専用給水・浴用専用給水 ・中央式冷水) 無

【送付先】

多摩地区に所在するビルの届出者の方
ビル所在地を所管する保健所あてに報告してください。

特別区内 (10000 m²超) 及び島しょに所在するビルの届出者の方
〒169-0073 新宿区百人町 3-24-1
東京都健康安全研究センター 本館 2階
広域監視部 建築物監視指導課 ビル衛生検査担当

凡例
○ 良
レ 不備
△ 不十分
/ 設備無

備考

(注1) 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。

(注2) 水質検査の写し(1年間分)と、残留塩素等の測定実施記録票の写し(11月分)を添付してください。