

旅館業 自主管理点検表

施設名：

点 検 項 目		1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
施 設 一 般	1 施設の周辺及び施設内は毎日清掃、清潔に保っていますか。												
	2 ねずみ、昆虫はいませんか。(特にトコジラミに注意、対応が遅れるほど被害拡大【裏面参照】)												
	3 ごみ箱を廊下、客室等に備え、ごみ箱、廃棄物の集積場は常に清潔に保っていますか。												
	4 換気設備は適切に清掃し、定期的に保守点検していますか。												
	5 照明設備は適切に清掃し、定期的に保守点検していますか。												
客 室 等	6 客室のコップ等飲食用の器具は清潔で衛生的ですか。												
	7 清潔なシーツ、布団カバー、まくらカバー等を用い、宿泊者ごとに交換し、洗濯していますか。												
	8 布団、まくら等は適切に洗濯、管理等を行っていますか。												
	9 寝具は収納室等の設備に衛生的に保管していますか。												
ト イ レ ・ 洗 面 所	10 トイレ、洗面所は常に清潔にしていますか。												
	11 コップ、くし、ヘアブラシ、タオル等を備える場合は清潔なものとし、宿泊者ごとに取り替えていますか。												
	12 洗面所には石けん、ハンドソープ等を常に使用できるよう備えていますか。												
	13 トイレは防臭、防虫の措置がとられていますか。												
脱 衣 室	14 空気調和設備(フィルター等)、換気扇、扇風機は汚れていませんか。												
	15 衣類かご(箱)、足ふき、体重計等の器具は清掃を行うとともに定期的に消毒し、清潔で衛生的にしていますか。												
浴 槽 一 般	16 浴槽水は常に満杯状況を保っていますか。												
	17 浴槽水は毎日(ろ過器使用の場合は週1回以上)換水し清掃していますか。												
	18 浴槽水は適温を保っていますか。												
	19 浴槽水は塩素系薬剤等により適正に消毒を行い、毎日、遊離残留塩素等の濃度を測定して、記録を3年間保管していますか。												
	20 浴槽水、原水、原湯等のレジオネラ属菌等の検査を定期的実施し、結果は基準値以内ですか。												
	21 シャワーは週1回以上内部の水が置き換わるよう通水し、1年に1回以上内部の汚れ、スケールを洗浄、消毒していますか。												
	22 気泡発生装置に連日使用している浴槽水を利用していませんか。打たせ湯、シャワーに循環している浴槽水を使用していませんか。												
23 連通管、水位計、浴槽目地、浴槽破損部、パイプラマット裏側等のぬめりの生じやすい場所の消毒、清掃を実施していますか。													
循 環 式 浴 槽	24 ろ過器の逆洗浄を週1回以上実施していますか。												
	25 ろ過器と循環配管は高濃度塩素等で週1回以上消毒、清掃していますか。												
	26 集毛器は毛髪、ぬめり等を除去するよう毎日清掃、消毒していますか。												

旅館業 自主管理点検表

施設名：

点 検 項 目		1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
貯湯槽	27 温度を60℃以上に保つか、または、塩素系薬剤等で消毒していますか。												
	28 汚れについて随時点検し、1年に1回以上清掃、消毒していますか。												
サウナ室	29 見やすい場所にサウナ室等の使用に関する入浴上の注意事項を掲示していますか。												
	30 温度計等を設置してありますか。サウナ設備の蒸気、熱気の放出口等は直接入浴者の身体に接触しない構造ですか。												
飲用水	31 飲用水の水質検査を給水栓において実施し、その記録を3年間保管していますか。(井戸、受水槽等使用の場合)												
	32 飲用水を供給する受水槽、高置水槽は1年に1回以上清掃していますか。												
その他	33 フロントの見やすい場所に営業許可証を掲示していますか。												
	34 面接に適したフロントその他宿泊者の確認を適切に行うための設備を設置していますか。												
	35 事故が発生したときその他緊急時における迅速な対応を可能とする設備又は体制を整えていますか。												
	36 救急医療品等を備え、かつ医療機関と救急時の連携体制が確立していますか。												
	37 宿泊者名簿に、住所・氏名・連絡先・(国籍・旅券番号)を記載し、(旅券の写しとともに)3年間保存していますか。												
	38 定員以上の客を宿泊させていませんか。												
	39 保健所への許可申請内容に変更を生じた場合は、変更等の届出を行っていますか。												
40 上記のチェック事項の他にも点検事項を独自に追加し、より細かい点検表の作成を行う、点検表を利用者にも見えるようにする等、積極的な衛生管理に心掛けていますか。													
【実施方法】 1. 毎月1回、日又は曜日を決めて点検してください。 2. 適は「○」、不適は「×」を記入し、該当しない項目は記入しなくてかまいません。 3. 点検表は見やすい場所に掲示してください。 4. 保健所職員による監視の際に、自主点検の実施状況について確認します。提示できるようにしてください。 5. 必要に応じてコピーして使用してください。	不適項目数合計												
	点 検 月 日												
	点 検 者 氏 名												
	営業者確認印												

トコジラミに注意
(旅館・ホテルなどの
宿泊施設向け)

【豊島区池袋保健所
生活衛生課 作成】



松本市