

年度特定建築物年間管理実施報告書

特定建築物名称	
所在地	区

台帳No.	
※福祉保健センター使用欄	

1 空気調和関係

帳簿書類の有無	有・無	粉じん計較正年月日	年 月 日
---------	-----	-----------	-------

空気環境測定結果 (外気測定点を除く)		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
実施日													
不適数	温度	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	相対湿度	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	気流	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	一酸化炭素	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	二酸化炭素	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	浮遊粉じん量	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
不適場所数		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

注 不適数の欄は、温度、相対湿度、気流については瞬間値における、不適箇所(ポイント数)/測定箇所(ポイント数)で表示し、その他の項目の場合には、平均値における、不適箇所(測定場所)/測定箇所(測定場所)で表示してください。

ホルムアルデヒドの量測定年月日	年 月 日	不適箇所/測定箇所	/
-----------------	-------	-----------	---

注 ホルムアルデヒドの量測定は、建築物衛生法で新築、増改築及び大規模改修等の場合に実施することが定められています。屋内外改修工事を行った場合も「横浜市建築物シックハウス対策ガイドライン」に基づき実施してください。

内容	実施の状況	結果の概要	帳簿書類の有無
加湿装置の点検	年間実施回数 回	異常：有()・無	有・無
加湿装置の清掃	年間実施回数 回	異常：有()・無	有・無
排水受けの点検	年間実施回数 回	異常：有()・無	有・無
排水受けの清掃	年間実施回数 回	異常：有()・無	有・無

2 給排水関係

内 容		実 施 日			帳簿書類の有無		
飲料水	水 質 検 査	年 月 日	大試験（16項目）基準：	適 ・ 否	有 ・ 無		
		年 月 日	小試験（11項目）基準：	適 ・ 否	有 ・ 無		
		年 月 日	消毒副生成物（12項目）基準：	適 ・ 否	有 ・ 無		
	貯水槽の清掃	年 月 日	異常：	有（ ） ・ 無	有 ・ 無		
	貯水槽の管理状況の定期検査	年 月 日	適 ・ 不適（ ）		有 ・ 無		
中央循環式給湯設備	水 質 検 査	年 月 日	大試験（16項目）基準：	適 ・ 否	有 ・ 無		
		年 月 日	小試験（11項目）基準：	適 ・ 否	有 ・ 無		
	貯湯槽の清掃	年 月 日	異常：	有（ ） ・ 無	有 ・ 無		
雑用水	水 質 検 査	年 月 日	大腸菌：	適 ・ 否	濁度*：	適 ・ 否	有 ・ 無
		年 月 日	大腸菌：	適 ・ 否	濁度*：	適 ・ 否	有 ・ 無
		年 月 日	大腸菌：	適 ・ 否	濁度*：	適 ・ 否	有 ・ 無
		年 月 日	大腸菌：	適 ・ 否	濁度*：	適 ・ 否	有 ・ 無
		年 月 日	大腸菌：	適 ・ 否	濁度*：	適 ・ 否	有 ・ 無
		年 月 日	大腸菌：	適 ・ 否	濁度*：	適 ・ 否	有 ・ 無
		雑用水槽の清掃	年 月 日	異常：	有（ ） ・ 無	有 ・ 無	
汚水槽・雑排水槽の清掃		年 月 日	異常：	有（ ） ・ 無	有 ・ 無		
		年 月 日	異常：	有（ ） ・ 無	有 ・ 無		
備 考							

3 清掃関係

内 容	実施の有無等	帳簿書類の有無	特 記 事 項
日常清掃	有 ・ 無	有 ・ 無	
大 掃 除	年 月 日 年 月 日	有 ・ 無 (年間 回)	

注 大掃除とは：日常行う清掃のほか統一的に行う清掃で、天井等日常の清掃の及びにくい箇所及び照明器具、給排気口、ブラインド、カーテン等の除じん、洗浄をいいます。

4 ねずみ等発生防止

内 容	実施の有無		実施の状況		帳簿書類の有無
生息調査	ねずみ	有 ・ 無	年間実施回数	回	有 ・ 無
	ゴキブリ	有 ・ 無	年間実施回数	回	有 ・ 無
	その他	有 ・ 無	年間実施回数	回	有 ・ 無
必要に応じた薬剤措置	ねずみ	有 ・ 無	年間実施回数	回	有 ・ 無
	ゴキブリ	有 ・ 無	年間実施回数	回	有 ・ 無
	その他	有 ・ 無	年間実施回数	回	有 ・ 無
効果判定	ねずみ	有 ・ 無	年間実施回数	回	有 ・ 無
	ゴキブリ	有 ・ 無	年間実施回数	回	有 ・ 無
	その他	有 ・ 無	年間実施回数	回	有 ・ 無
その他発生防止のための措置					

5 日常の水質管理

(1) 飲料水

内 容	実 施 頻 度	結果の概要	帳簿書類の有無
残 留 塩 素	回／週	最 高 値： mg/l 最 低 値： mg/l 不 適 回 数： 回	有 ・ 無
外 観 検 査（色・濁り 臭い・味の検査）	回／週	不 適： 有 ・ 無 不 適 項 目：	有 ・ 無
備 考	(不適の内容等)		

(2) 中央循環式給湯設備

内 容	実 施 頻 度	結果の概要	帳簿書類の有無
残 留 塩 素 (注)	回／週	最 高 値： mg/l 最 低 値： mg/l 不 適 回 数： 回	有 ・ 無
外 観 検 査（色・濁り 臭い・味の検査）	回／週	不 適： 有 ・ 無 不 適 項 目：	有 ・ 無
備 考	(不適の内容等)		

注 中央循環式給湯設備の残留塩素については、当該給湯設備の維持管理が適切に行われており、かつ、末端の給湯栓における当該給湯水の水温が55℃以上に維持されている場合は、省略することができます。その場合、「水温〇〇℃以上のため省略」と記入してください。

(3) 雑用水

内 容	実 施 頻 度	結果の概要	帳簿書類の有無
残 留 塩 素	回／週	最 高 値： mg/l 最 低 値： mg/l 不 適 回 数： 回	有 ・ 無
p H 値	回／週	不 適： 有 ・ 無	有 ・ 無
臭 気	回／週	不 適： 有 ・ 無	有 ・ 無
外 観 検 査（色・濁り の検査）	回／週	不 適： 有 ・ 無 不 適 項 目：	有 ・ 無
備 考	(不適の内容等)		

6 レジオネラ症防止対策

(1) 冷却塔

使用期間		年 月 日～ 年 月 日 ・ 通年		
使用開始前	実施内容	実施の状況	使用薬剤	帳簿書類の有無
	冷却水管の化学的洗浄実施（有・無）	年 月 日	<使用薬剤>	有 ・ 無
	冷却塔の物理的洗浄実施（有・無）	年 月 日		有 ・ 無
	冷却塔の化学的洗浄実施（有・無）	年 月 日	<使用薬剤>	有 ・ 無
使用期間中	冷却水管の化学的洗浄実施（有・無）	実施回数 回	<使用薬剤>	有 ・ 無
	冷却塔の物理的洗浄実施（有・無）	実施回数 回		有 ・ 無
	冷却塔の化学的洗浄実施（有・無）	実施回数 回	<使用薬剤>	有 ・ 無
使用期間後	冷却水管の化学的洗浄実施（有・無）	年 月 日	<使用薬剤>	有 ・ 無
	冷却塔の物理的洗浄実施（有・無）	年 月 日		有 ・ 無
	冷却塔の化学的洗浄実施（有・無）	年 月 日	<使用薬剤>	有 ・ 無
水質検査 レジオネラ属菌	実施日	結果(CFU/100ml)	指針値を超過した場合の対応(指針値10 ² CFU/100mL未満)	
	年 月 日			
	年 月 日			
	年 月 日			

(2) 中央循環式給湯設備

		帳簿書類の有無	有 ・ 無
レジオネラ属菌 水質検査実施日	結果(CFU/100ml)	指針値を超過した場合の対応 (指針値 検出されないこと (10CFU/100mL未満))	
年 月 日			
年 月 日			

(3) 水景設備

		帳簿書類の有無	有 ・ 無
設置場所			
レジオネラ属菌 水質検査実施日	結果(CFU/100ml)	指針値を超過した場合の対応 (指針値 検出されないこと (10CFU/100mL未満))	
年 月 日			
年 月 日			