

# 貯水槽水道点検票

水道局用

整理No. \_\_\_\_\_

<基本事項> 調査年月日： 年 月 日 時 分 (天候： ) 気温 ℃

調査者名称： \_\_\_\_\_ サービス員氏名： \_\_\_\_\_ 電話： ( ) \_\_\_\_\_

<点検調査対象建物>

お客様番号	水栓番号： W _____	フリガナ 立会者氏名	フリガナ _____	電話： ( ) _____				
所在地	〒 _____ 市 _____ 町 _____ 丁目 _____ 番 _____ 号 _____ 方書： _____							
フリガナ 建物名称	受水槽	状態	使用中：廃止：タンク無	有効容量： _____ m <sup>3</sup>	建物階数	地上： _____ 階	地下： _____ 階	
		材質	コンクリート：FRP：ステンレス：鉄：木：その他 ( ) _____					
		仕様	縦×横×高： _____ × _____ × _____					
		点検	六面点検： 可 ・ 不可 _____					
フリガナ 設置者氏名	〒 _____ 県 _____ 市 _____ 町 _____ 丁目 _____ 番 _____ 号		電話： ( ) _____		方書： _____			
管理者	自主管理	<input type="checkbox"/> 設置者に同じ						
	委託管理	フリガナ 名称	フリガナ 担当者	電話： ( ) _____		方書： _____		
		〒 _____ 県 _____ 市・区 _____ 町 _____ 丁目 _____ 番 _____ 号						

<点検調査内容>

点検事項	判定基準	判定			
		A	B	C	Z
周囲	点検・清掃・修理に支障はないか。				
	清潔であり、ごみ、汚物等が置かれていないか。				
	溜り水や湧水はないか。				
本体	内部の点検・清掃・修理等に支障のない形状か。				
	亀裂・破損・漏水箇所はないか。				
	雨水・汚水等が入り込む開口部・隙間はないか。				
内部	壁面の汚れ・異物・浮遊物・濁りはないか。				
	給水管以外の設備・配管の貫通はないか。				
	外壁劣化等により光が透過する状態ではないか。				
マンホール	タンク上部から有効な高さが確保されているか。				
	蓋は防水密閉型で、異物が入らない構造であるか。				
	旋錠等により、容易に開閉できないものであるか。				
越流管 通気管 水抜管	越流管・通気管の端部から異物が入らない構造か。				
	越流管・通気管の防虫網が有効に機能しているか。				
	越流管・水抜管と排水口との間隔は十分か。				
給水管	当該施設以外の配管設備と直接連結されていないか。				

(判定内容)

- A：問題ありません
- B：注意又は改善が必要です
- C：早急な改善をお願いします
- Z：点検不能

<貯水槽清掃>

貯水槽清掃の有無	
<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無

<塩素注入設備>

塩素注入設備の有無	
<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無

<水質検査等内容>

簡易 6 項目	臭気	異常な臭気が認められないこと	<input type="checkbox"/> 適	<input type="checkbox"/> 不適
	味	異常な味が認められないこと	<input type="checkbox"/> 適	<input type="checkbox"/> 不適
	色	異常な色が認められないこと	<input type="checkbox"/> 適	<input type="checkbox"/> 不適
	色度	5度以下であること		度
	濁度	2度以下であること		度
	残留塩素	検出されること	(給水栓) mg/l	(受水槽) mg/l
水温		(給水栓) ℃	(受水槽) ℃	

<直結給水>

直結給水相談 有・無	有 ・ 無	具体的内容
------------	-------	-------

<特記事項>

記事	
----	--