

生活衛生営業自主衛生管理状況確認票 (旅 館)

毎月1回、必ず
点検して下さい。

月																				
日																				

施設 一般	1	施設の周辺、玄関、帳場、廊下、階段は、きれいに掃除されているか。																		
	2	ねずみ、蚊、ハエ、ゴキブリ、ノミ等の駆除を定期的に行っているか。																		
客 室	3	客室は、整理整頓され、すみずみまで清掃されているか。																		
	4	天井、壁、ふすま、カーテン等に破損はないか。																		
	5	換気、照明、温度、湿度(室内環境)は適切か。																		
室	6	冷蔵庫、茶器、コップは清潔か。施設の案内書、スリッパは、汚れていないか。																		
	7	料金表、非常口等の表示は、お客様に分かりやすいか。																		
洗面 浴室 等	8	トイレ、洗面所は清潔か。																		
	9	脱衣場、浴室は、整理整頓されているか。掃除、換気、照明は十分か。																		
	10	浴槽、洗い場、天井等に破損はないか。																		
寝 具	11	寝具は、よく乾燥し、清潔か。シーツ類は、お客様一人ごとに取り替えているか。																		
給 水	12	衛生的な飲料水を提供しているか。受水槽、高架水槽を年1回以上清掃しているか。																		
そ の 他	13	従業員は、定期的に健康診断を受けているか。																		
	14	宿泊者名簿は、適正に記載・保管しているか。																		
	15	お客様からの注意や要望に適切に対処しているか。																		
評価	A：全部〇 B：×が2以内 C：×が4以内 D：×が5以上 (優秀) (良好) (要努力) (改善を要する)		A, B, C, D																	
			点検者サイン																	

※該当しない項目は、空白にしてください。

【営業者の皆様へ】

- 1 本票は、施設の衛生水準の維持向上を図るために、施設内に備えてご利用ください。
- 2 保健所環境衛生監視員または生活衛生営業指導員から要請があった場合は、本票の確認を受けてください。

配布者		.	.
確認者		.	.