

様

学校薬剤師

印

学校給食室の検査結果報告書(小学校)

学校NO.		学校名:				
検査日時:		年	月	日	曜日	時 分 天気:
	検査項目 検 体	使用年数	大腸菌群 コロニー	残留デンプン + または -	残留脂肪 + または -	残留たんぱく質 + または -
1	大ボール					
2	小ボール					
3	深 皿					
4	包 丁			/	/	/
5	ま な 板			/	/	/
6	使用水水質検査	(a) 遊離残留塩素濃度 _____ mg/l (b) 色 異常 (あり なし) (c) 濁り 異常 (あり なし) (d) 臭い・味 異常 (あり なし)				
<p>【参考】食器の洗浄は適切に行われ、洗浄後の食器から残留物が検出されないこと 色、濁り、臭い、及び味について異常がないこと 残留塩素濃度は0.1mg/l 以上あること</p> <p>【指導内容・事後処置】</p>						