

平成 年 月 日

- ①学校長
②姫路学校薬剤師会
③学校薬剤師控え5年間保存

様

学校薬剤師

印

飲料水検査結果報告書

学校No.忘れずに

学校NO. 学校名:

検査日時:平成 年 月 日 曜日 時 分 天気:

水源の種類	水道 ・ 水道水以外(井戸水等)	
貯水槽の有無	高架水槽 : 有 無	受水槽 : 有 無
遊離残留塩素濃度	A (	mg/ℓ)
	(	
	D (	mg/ℓ)
外観(色・濁り)	良 ・ 不良	
臭気・味	良 ・ 不良	

【参考】・遊離残留塩素濃度は、0.1mg/ℓ以上であること。1.0mg/ℓ以下であることがのぞましい。

- ・外観(色・濁り)は、ほとんど無色透明であること。
- ・臭気・味は異常でないこと。

【指導内容・事後処置】

必ず記入してください

検査日は、事前に学校担当者に連絡し、担当の先生と調整してください。

配水管に溜まっている水を十分排水してから検査してください。

予備のDPD試薬で上記以外の場所を検査した時は、この欄に記入してください。