

毎月1日は点検日

自主点検票(理容所)

店舗名

所在地

営業者

点検実施者

※点検欄に○か×を、該当しない項目には横線(―)を記入してください。

点検項目		点検月日															
		月	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3			
1	施設管理	お店は毎日清掃し、器具類、トイレ等は常に清潔にしていますか。															
2		器具、布片類は消毒済のものと未消毒済のものを区分して適正に保管していますか。															
3		作業場所、待合場所が密にならないよう、適切な対人距離を確保し、定期的あるいは常時換気を行っていますか。															
4	感染症対策	作業場所、待合所等の高頻度に接触する場所や共用する物品は、適正に清拭消毒していますか。															
5		清潔な作業衣を着用し、作業中はマスクを着用していますか。															
6		爪は短くし、作業を行う前および作業を行った後に手指を丁寧に洗い、必要に応じてアルコール等で消毒していますか。															
7		開設者及び管理理容師は、常に従事者の健康管理に注意していますか。															
8		血液が付着した器具等(その疑いがある場合)は取扱いに注意し、流水で洗浄し、適正な方法で消毒していますか。															
9		くし、はさみ、カミソリ等は、一人ごとに取替え、使用後は適正に消毒していますか。															
10	器具の消毒	紫外線消毒器を使用する場合(血液が付着していない場合)															
		ランプによる照射は20分以上していますか。															
11		ランプは規定時間を超えて使用していませんか。交換日は記録していますか。(年 月 日)															
12		器具に紫外線が均等に照射されるよう、器内にタオル等、紫外線を遮るものを敷いていませんか。															
13		蒸気消毒器を使用の場合(血液が付着していない場合)															
		80℃以上の温度で10分以上処理していますか。															
14		消毒液を使用の場合(血液が付着していない場合)															
		適正な濃度、適切な消毒時間を守っていますか。															
15		消毒液は定期的に取り替えていますか。 例:次亜塩素酸ナトリウム・逆性石けん ――― 毎日 エタノール消毒液 ――― 7日以内															

点検項目:滋賀県生活衛生課・大津市保健所衛生課監修