|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 従事者等の衛生管理点検表 | | | | | | | | | | 令和　　年　　月　　日 | | | | |
| 責任者 | | | 衛生責任者 | |
|  | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 氏名 | 体調 | 化膿創 | 服装 | 帽子 | 毛髪 | 履物 | 爪 | 指輪等 | | 手洗い |  | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| 項番 | 点検項目 | | | | | | | | | | | | | 点検結果 |
| 1 | 健康診断、検便検査の結果に異常はありませんか。 | | | | | | | | | | | | |  |
| 2 | 下痢、発熱などの症状はありませんか。 | | | | | | | | | | | | |  |
| 3 | 手指や顔面に化膿創がありませんか。 | | | | | | | | | | | | |  |
| 4 | 着用する外衣、帽子は毎日専用で清潔なものに交換されていますか。 | | | | | | | | | | | | |  |
| 5 | 毛髪が帽子から出ていませんか。 | | | | | | | | | | | | |  |
| 6 | 作業場専用の履物を使っていますか。 | | | | | | | | | | | | |  |
| 7 | 爪は短く切っていますか。 | | | | | | | | | | | | |  |
| 8 | 指輪やマニキュアをしていませんか。 | | | | | | | | | | | | |  |
| 9 | 手洗いを適切な時期に適切な方法で行っていますか。 | | | | | | | | | | | | |  |
| 10 | 下処理から調理場への移動の際には外衣、帽子、履物の交換(履物の交換が困難な場合には、履き物の消毒)が行われていますか。 | | | | | | | | | | | | |  |
| 11 | 便所には、調理作業時に着用する外衣、帽子、履物のまま入らないようにしていますか。 | | | | | | | | | | | | |  |
| 12 | 調理、点検に従事しない者がやむを得ず、調理施設に立ち入る場合には、専用の清潔な帽子、外衣及び履き物を着用させましたか。 | | | | | | | | | | | | |  |
| 立ち入った者（　　　　　　　　　）（　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | |
| <改善を行った点> | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| <計画的に改善すべき点> | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |