

# 自主管理点検表（2025年度）

美容業

施設の名称 \_\_\_\_\_（電話番号 \_\_\_\_\_）

施設の所在地 \_\_\_\_\_

開設者氏名 \_\_\_\_\_

| 点検項目           |                            | 4月 | 6月 | 8月 | 10月 | 12月 | 2月 | 備考   |  |
|----------------|----------------------------|----|----|----|-----|-----|----|------|--|
| 施設             | ① 毎日の清掃、整理整頓               |    |    |    |     |     |    |      |  |
|                | ② 照明器具、換気設備の清掃             |    |    |    |     |     |    |      |  |
|                | ③ 十分な明るさ・十分な換気             |    |    |    |     |     |    |      |  |
|                | ④ 温度、湿度の管理                 |    |    |    |     |     |    |      |  |
|                | ⑤ 犬、猫などのペット動物を入れない         |    |    |    |     |     |    |      |  |
| 器具<br>布片       | ① お客様一人ごとに 洗浄、消毒済の器具・布片を使用 |    |    |    |     |     |    |      |  |
|                | ② 消毒済・使用済の区別、清潔保管          |    |    |    |     |     |    |      |  |
| 消毒             | ① カミソリ等の器具の洗浄と消毒           |    |    |    |     |     |    |      |  |
|                | ② 煮沸消毒は沸騰後2分間以上            |    |    |    |     |     |    |      |  |
|                | ③ 紫外線消毒器の清掃                |    |    |    |     |     |    |      |  |
|                | ④ 紫外線消毒は20分間以上             |    |    |    |     |     |    |      |  |
|                | ⑤ 蒸気消毒は80℃以上10分間以上         |    |    |    |     |     |    |      |  |
|                | ⑥ 消毒液 の取替え、保管              |    |    |    |     |     |    |      |  |
|                | ⑦ 消毒液は適正に調整、10分間以上浸す       |    |    |    |     |     |    |      |  |
| 従事者            | ① 清潔な作業衣                   |    |    |    |     |     |    |      |  |
|                | ② 酒気帯び作業、喫煙の禁止             |    |    |    |     |     |    |      |  |
|                | ③ お客様一人ごとの手洗い              |    |    |    |     |     |    |      |  |
|                | ④ 健康診断の受診                  |    |    |    |     |     |    |      |  |
| その他            | ① パーマ液、染毛剤の正しい使用           |    |    |    |     |     |    |      |  |
|                | ② 電気器具などの安全点検              |    |    |    |     |     |    |      |  |
|                | ③ 無免許者が理(美)容の業を行わない        |    |    |    |     |     |    |      |  |
|                | ④ 見やすい場所に理(美)容師氏名掲示        |    |    |    |     |     |    |      |  |
|                | ⑤ 法令に基づく変更等の届出             |    |    |    |     |     |    |      |  |
| 点検者のサイン（又は押印）欄 |                            |    |    |    |     |     |    | 開設者印 |  |

☆ 点検者は、隔月1日に点検項目毎に適否を○×で記入した後、サイン又は押印してください。

|                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>●かみそり（カットのみに使用するものを除く。）</p> <p>●かみそり以外の器具で、血液が付着しているもの又はその疑いがあるもの</p> | <p>① 沸騰後2分間以上煮沸</p> <p>② 消毒用エタノール中に10分間以上浸す</p> <p>③ 0.1%次亜塩素酸ナトリウム液（有効塩素濃度1,000ppm）（10分間以上）</p>                                                                                                                                                                                                                               |
| <p>●上記以外の器具</p> <p>（かみそり以外の器具で、血液付着の疑いのないもの）</p>                         | <p>① 紫外線（85μw/cm<sup>2</sup>以上）の照射（20分間以上）</p> <p>② 沸騰後2分間以上煮沸</p> <p>③ 80℃を超える蒸気（10分間以上）</p> <p>④ 消毒用エタノール中に10分間以上 又は 消毒用エタノールを含ませた綿・ガーゼで器具の表面をふく</p> <p>⑤ 0.01%～0.1%の次亜塩素酸ナトリウム液（有効塩素濃度100～1,000ppm）（10分間以上）</p> <p>⑥ 0.1%～0.2%の逆性石ケン液中（10分間以上）</p> <p>⑦ 0.05%グルコン酸クロルヘキシジン液（10分間以上）</p> <p>⑧ 0.1%～0.2%の両性界面活性剤液（10分間以上）</p> |

☆ 毎年3月末日までに一宮市保健所(保健予防課)へ提出してください。