

令和4年度 学校環境衛生定期検査等報告綴（保健関係）

- 様式1 「換気及び保温等」検査報告書（年1回実施）
- 様式2 「揮発性有機化合物」検査報告書（当該校のみ実施）
- 様式3 「ダニ又はダニアレルゲン」検査報告書（当該校のみ実施）
- 様式4 「照度及びまぶしさ」検査報告書（年2回実施）
- 様式5 「騒音レベル」検査報告書（当該校のみ実施）
- 様式6 「飲料水（水質）」検査報告書（年1回実施）
- 様式7 「飲料水（施設・設備）」検査報告書（年1回実施）
- 様式8 「雑用水」検査報告書（当該校のみ実施）
- 様式9 「学校の清潔、ネズミ、衛生害虫等」検査報告書（年1回実施）
- 様式10 「水泳プール（水質）」検査報告書（当該校のみ実施）
- 様式11 「水泳プール（施設・設備）」検査報告書（当該校のみ実施）
- 様式12 「黒板面の色彩」検査報告書（当該校のみ実施）

検査の実施にあたって

- (イ) 様式2・様式6・様式10については、検査日及びその細目について各地域薬剤師会の指示に従ってください。
- (ロ) 様式4・様式7・様式11については、各学校薬剤師または各地域薬剤師会ごとで実施してください。
- (ハ) 定期検査報告書は、検査後下記により提出してください。
 - 薬剤師会・・・各地域薬剤師会へ
 - 教育委員会・・・県立学校は、県教育委員会へ
市町立学校は当該教育委員会へ（但し、様式10・様式11については、プールのない学校は除く）
- (ニ) 臨時検査を行った場合には、これらの報告書に準じて検査し、報告してください。
- (ホ) 不足する場合は、検査時に必要分をコピーし、使用してください。
- (ヘ) 報告書は、三重県教育委員会のホームページからもダウンロードできます。
- (ト) 様式1、様式5については、各学校薬剤師または各地域薬剤師会と協議のうえ、検査器具が整い次第実施してください。

三重県教育委員会

学校環境衛生検査実施要項

	項目	実施時期など	
様式 1	換気及び保温等	1回/年 必要ならば2回/年を推奨	学校及び教育委員会と相談 検査機器の数、有無なども考慮して実施する
様式 2	揮発性有機化合物	夏休み中	教育委員会からの要請 (新規、改築、改装対象)
様式 3	ダニ又はダニアレルゲン	夏	教育委員会からの要請時 (検査キットが必要)
様式 4	照度及びまぶしさ	2回/年 実施場所は各階1か所 (例. 2階建てならば2か所)	実施場所は学校と要相談
様式 5	騒音レベル	生徒が不在時 (休暇中やテスト期間中)	実施は教育委員会からの要請時
様式 6	飲料水 (水質)	1回/年	検査時期は地区薬剤師会で決定
様式 7	飲料水 (施設・設備)	1回/年	
様式 8	雑用水	1回/年	雑用水使用の学校で実施
様式 9	学校の清潔、 ネズミ、衛生害虫等	1回/年	大掃除実施日は昨年実施状況を聞き取り ネズミ衛生害虫発生も聞き取り
様式 10	水泳プール (水質)	1回/年 (使用日の積算が30日ごとに1回が基本だが要相談)	検査時期は地区薬剤師会で決定
様式 11	水泳プール (施設・設備)	1回/年	
様式 12	黒板面の色彩	必要時	学校からの依頼時 (黒板検査用色票又は簡易版検査用色票が必要)

- * 検査実施については、検査機器有無および数などを考慮する。
- * 検査実施については、地区薬剤師会と相談して行う。
- * 令和3年度より押印省略

令和4年度 学校 「換気及び保温等」検査報告書

薬剤師会 担当学校薬剤師 名前

検査日時： 年 月 日 (曜日) 時 分

天候： 外気温： °C

検査場所： 年 組 (棟 階) 人数：大人 名、児童生徒 名

教室の大きさ	m ³ (縦 m× 横 m× 高さ m)				
窓の開放状況	廊下側	全開・一部開・閉	上部の窓の開放状況	廊下側	全開・一部開・閉
	外側	全開・一部開・閉		外側	全開・一部開・閉
換気設備	有 (恒常稼働 ・ 随時稼働) ・ 無				
冷暖房機の状況	エアコンの使用	有 ・ 無			
	燃焼機器の使用	有 (灯油 ・ ガス ・ 他 ()) ・ 無			

日常点検の実施 (有 ・ 無)

【検査結果】

検査項目	測定値	基準	備考
換気 ^{※1} (二酸化炭素)	ppm	二酸化炭素は1500ppm以下であることが望ましい。	※1授業終了時。 ※2 空気の温度、湿度または流量を調節する設備を使用している教室等以外の教室等は、必要と認める場合に測定する。 検査の結果が基準値の1/2以下の場合には、教室等の環境に変化がない限り次回省略可。 ※3 空気の温度、湿度または流量を調節する設備を使用している教室等以外の教室等は、必要と認める場合に測定する。 ※4 燃焼機器を使用していない場合に限り、省略できる。
温度	°C	18°C以上、28°C以下であることが望ましい。	
相対湿度	%	30%以上、80%以下であることが望ましい。	
浮遊粉じん ^{※2}	mg/m ³	0.10mg/m ³ 以下であること。	
気流 ^{※3}	m/秒	0.5m/秒以下であることが望ましい。	
一酸化炭素 ^{※4}	ppm	6ppm以下であること。	
二酸化窒素 ^{※4}	ppm	0.06ppm以下であることが望ましい。	

所見

令和4年度

学校 「揮発性有機化合物」検査報告書

薬剤師会

担当学校薬剤師 名前

検査日：_____年____月____日(____曜日)

検査場所：_____ (____棟 ____階)

換気設備	有 (恒常的稼働 ・ 随時稼働) ・ 無
建物構造	木造 ・ 鉄筋コンクリート ・ 鉄骨プレハブ ・ その他 ()
採取開始時	月 日 時 分 天候: 室温: °C
採取終了時	月 日 時 分 天候: 室温: °C
採取時間*	時間 ※ 8時間以上

【検査結果】

検査項目	測定値	基準	備考
ホルムアルデヒド	$\mu\text{g}/\text{m}^3$	100 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ 以下であること。	児童生徒等がいない教室等において、30分以上換気の後5時間以上密閉してから採取し、ホルムアルデヒドにあつては高速液体クロマトグラフ法により、トルエン、キシレン、パラジクロロベンゼン、エチルベンゼン、スチレンにあつてはガスクロマトグラフ-質量分析法により測定した場合に限り、その結果が基準値の1/2以下の場合には、以後教室等の環境に変化が認められない限り、次回からの検査を省略することができる。
トルエン	$\mu\text{g}/\text{m}^3$	260 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ 以下であること。	
キシレン	$\mu\text{g}/\text{m}^3$	200 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ 以下であること。	
パラジクロロベンゼン	$\mu\text{g}/\text{m}^3$	240 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ 以下であること。	
エチルベンゼン	$\mu\text{g}/\text{m}^3$	3800 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ 以下であること。	
スチレン	$\mu\text{g}/\text{m}^3$	220 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ 以下であること。	

所見 _____

令和4年度 学校 「ダニ又はダニアレルゲン」検査報告書

薬剤師会

担当学校薬剤師 名前

検査日時：_____年 _____月 _____日(____曜日) _____時 _____分

天候：_____

検査する場所の室温：_____℃

検査場所	
検査対象	寝具 ・ カーペット ・ 畳 ・ その他 ()
検査方法	

【検査結果】

検査項目	判定	測定値	基準
ダニ又は ダニアレルゲン	適 ・ 不適	匹/m ²	100匹/m ² 以下又はこれと同等のアレルゲン量以下であること。

【測定環境(参考)】

窓の開放状況 (夏期)	週 _____日、	1日平均	時間開放
換気設備	無 ・ 有 (週 _____日、	1日	時間稼働)
冷房設備	無 ・ 有 (週 _____日、	1日	時間稼働)
掃除機かけの頻度	回/月		
洗濯の頻度	回/年 (寝具、カーペット等のみ記載)		

所見 _____

令和4 年度 学校 「照度及びまぶしさ」検査報告書

薬剤師会 担当学校薬剤師 名前

第 回

検査日時： 年 月 日 (曜日) 時 分 天候：

検査場所： (棟 階)

照明器具の汚れ	無 ・ 有	最近の清掃日	年 月 日 (曜日)		
カーテン	無 ・ 有	全開 ・ 一部開 ・ 全閉			
使用照度計	型式		メーカー名		※ JIS C1609-1に適合する照度計

日常点検の実施 (有 ・ 無)

【検査結果】

検査対象	測定値					基準	
黒板 (垂直面の照度)						500ルクス以上であることが望ましい。 最大照度と最小照度の比は、20:1を超えないこと。10:1を超えないことが望ましい。	
	最大照度	ルクス	最小照度	ルクス	最大と最小の比		:1
	まぶしさ(見え方を妨害するような黒板面の光沢の有無)						有 ・ 無
机上 (水平照度)						下限値は300ルクスとする。また、500ルクス以上であることが望ましい。 最大照度と最小照度の比は、20:1を超えないこと。10:1を超えないことが望ましい。 コンピュータを使用する教室等の机上の照度は、500～1000ルクス程度が望ましい。	
	最大照度	ルクス	最小照度	ルクス	最大と最小の比		:1
	まぶしさ(見え方を妨害するような机上面の光沢、黒板の外側15°以内の範囲に輝きの強い光源の有無)						有 ・ 無
テレビやコンピュータ等の画面 (垂直面の照度)	照度	ルクス				100～500ルクス程度が望ましい。	
	まぶしさ(見え方を妨害するような電灯や明るい窓等の映り込みの有無)					有 ・ 無	

所見

令和4年度 学校 「照度及びまぶしさ」検査報告書
(コンピュータを使用する教室用)

薬剤師会 担当学校薬剤師 名前

第 回

検査日時: 年 月 日(曜日) 時 分 天候:

検査場所: (棟 階)

照明器具の汚れ	無 ・ 有	最近の清掃日	年 月 日(曜日)
カーテン	無 ・ 有	全開 ・ 一部開 ・ 全閉	
使用照度計	型式	メーカー名	※ JIS C1609-1に適合する照度計

日常点検の実施 (有 ・ 無)

【検査結果】

検査対象	測定値				基準
<上段> コンピュータ 画面 (垂直面の照度)	PC 机上				<コンピュータの画面> 照度は、100～500ルクス程度が望ましい。 ----- <コンピュータを使用する教室等の机上> 照度は、500～1000ルクス程度が望ましい。
	PC 机上				
	PC 机上				
	PC 机上				
<下段> 机上 (水平照度)	PC画面の 最大照度	ルクス	PC画面の 最小照度	ルクス	:1
	机上の 最大照度	ルクス	机上の 最小照度	ルクス	
まぶしさ(見え方を妨害するような光沢、窓・電灯の映り込みの有無)					有 ・ 無

所見

令和4年度 学校「騒音レベル」検査報告書

薬剤師会 担当学校薬剤師 名前

検査日時： 年 月 日(曜日) 時 分 ~ 時 分

天候: _____

検査場所			
使用騒音計 ^{※1}	メーカー名		型式
参考事項 ^{※2}			

※1 JIS C1509-1に適合する普通騒音計又は精密騒音計。

※2 参考事項には、周辺の道路や鉄道に面している等を具体的に記入すること。

日常点検の実施 (有 ・ 無)

【検査結果】

検査項目		測定値	基準	備考
窓を開けた時 ※3	窓側	等価騒音レベル (LAeq)	dB	55dB以下であることが望ましい。 ※3 窓を開けている時、LAeq50dB以下の場合、以後教室等の内外の環境に変化が認められない限り、次回からの検査を省略することができる。
	廊下側	等価騒音レベル (LAeq)	dB	
窓を閉じた時 ※4	窓側	等価騒音レベル (LAeq)	dB	50dB以下であることが望ましい。 ※4 窓を閉じている時、LAeq45dB以下の場合、以後教室等の内外の環境に変化が認められない限り、次回からの検査を省略することができる。
	廊下側	等価騒音レベル (LAeq)	dB	

所見 _____

令和4年度

学校「飲料水(水質)」検査報告書

薬剤師会

担当学校薬剤師 名前

検査日時：_____年____月____日(____曜日) _____時____分

天候：_____ 気温：_____℃ 水温：_____℃

採水場所：_____ (_____棟 _____階)

種類：(直結給水^{※1} ・ 専用水道^{※2} ・ 簡易専用水道^{※3} ・ 小規模貯水槽水道^{※4})

※1 直結給水は、日常点検が実施されているならば、検査の対象としない。

※2 専用水道は、水道法に基づいて検査し管理されているので、検査の対象としない。

※3 簡易専用水道は、受水槽有効容量が10m³を超えるもの。※4 小規模貯水槽水道は、受水槽有効容量が10m³以下のもの。

日常点検の実施 (有 ・ 無)

【検査結果】

検査項目	測定値	基準
一般細菌	個/mL	1mLの検水で形成される集落数が100個以下であること。
大腸菌	陽性 陰性	検出されないこと。
塩化物イオン	mg/L	200mg/L以下であること。
有機物(全有機炭素(TOC)の量)	mg/L	3mg/L以下であること。
pH値		5.8以上、8.6以下であること。
味		異常でないこと。
臭気		異常でないこと。
色度	度	5度以下であること。
濁度	度	2度以下であること。
遊離残留塩素	mg/L	0.1mg/L以上保持する。

所見 _____

令和4 年度

学校 「飲料水(施設・設備)」検査報告書

薬剤師会

担当学校薬剤師 名前

検査日時：_____年 _____月 _____日(____曜日) _____時 _____分 天候：_____

日常点検の実施 (有 ・ 無)

【検査結果】

受水槽	設置場所	
	有効容量 ^{※1}	m ³
	設置方式	
貯水槽検査報告書 または学校薬剤師 目視による確認	異常箇所の指摘があるか	無 ・ 有 ・ 確認できない
	異常箇所の具体的内容、 または確認できない理由 ^{※2}	
高置水槽	設置場所	
	有効容量 ^{※1}	m ³
	設置方式	
貯水槽検査報告書 または学校薬剤師 目視による確認	異常箇所の指摘があるか	無 ・ 有 ・ 確認できない
	異常箇所の具体的内容、 または確認できない理由 ^{※2}	
配管・給水栓 ・給水ポンプ ^{※3} 塩素消毒設備 ^{※4} 浄化設備 ^{※5} 等	外部からの汚染の恐れ、 機能の適切な維持	適 ・ 不適
	故障、破損、老朽 及び漏水の状況	無 ・ 有
	井戸水等の旧水源に、 汚水、異物等の混入の恐れ	非該当 ・ 適 ・ 不適
貯水槽の清掃	清掃実施	有 (_____年 _____月 _____日) ・ 無
	貯水槽清掃作業 報告書	有 ・ 無

※1 水槽において適正に利用可能な容量(水槽の最高水位と最低水位との間に貯留される水の容量)。

※2 貯水槽検査報告書も無く目視でも確認不可能な場合はその旨を記入する。

※3 水飲み、洗口、手洗い場、足洗い場等の給水栓・配管・給水ポンプ。

※4 水道水を原水とする飲料水の場合は、施設の規模により追加注入する場合に設置され、水道水以外の井戸水等の場合は必ず備えること。

※5 水道水以外の井戸水等の場合は、原水の水質により必要に応じて設置する。□

所見

令和4年度

学校「雑用水」検査報告書

薬剤師会

担当学校薬剤師 名前

検査日：_____年____月____日(____曜日)

雑用水の使用：（有・無）

タンク容量：_____m³

雑用水の水源※：（雨水・飲用水以外の井戸水・工業用水・再処理水・その他())

利用種別※：（散水・修景・栽培・清掃・水洗便所・その他())

※ 複数選択可

日常点検の実施（有・無）

I 水質検査

検査項目	検査値	基準
pH値		5.8以上、8.6以下であること。
臭気		異常でないこと。
外観		ほとんど無色透明であること。
大腸菌	陽性 陰性	検出されないこと。
遊離残留塩素	mg/L	0.1mg/L以上保持する。

II 施設・設備検査

水管に雨水等雑用水である旨の表示	適・不適
水栓を設ける場合、鍵付きまたは使用時のみ取り付ける構造、飲用不可の表示	非該当・適・不適
飲料水を補給する場合、逆流防止構造の維持	非該当・適・不適
雑用水を用いる水洗に、手洗い付きの洗浄用タンクを使用していない	非該当・適・不適
貯水槽の破損、外部からの汚染のおそれ、内部の清潔	適・不適
水管の漏水等の異常のないこと	適・不適
塩素消毒設備等の管理状況	適・不適
設備図面や専門業者による水槽清掃の報告書等の記録の保存状況	適・不適

所見

令和4 年度

学校

「学校の清潔、ネズミ、衛生害虫等」検査報告書

薬剤師会

担当学校薬剤師 名前

報告書作成日：_____年 ____月 ____日(____曜日)

日常点検の実施 (有 ・ 無)

(1) 大掃除の実施 ※昨年度の実績。定期的に行われていること。

結 果	適 ・ 不適		
実 施 日*	第 1 回	第 2 回	第 3 回
	月 日(曜)	月 日(曜)	月 日(曜)

(2) 清掃などの業者等への委託 *昨年度の実績

実施日	内容

(3) 雨水等排水の施設・設備 ※ 不適箇所にはレ点を入れること

検 査 日	年 月 日(曜日)		
結 果	適 ・ 不適		
検 査 箇 所		基 準	不 適 状 況
	屋上等の雨水排水状況	・天井等から雨漏りが確認されないこと。	
	雨水等排水溝		
	水飲み・洗口・手洗い・足洗い場	・雨水等排水溝、水飲み場等は、砂や泥等が堆積して排水状況が不良でないこと。	
	その他()		

(4) ネズミ・衛生害虫等

検 査 日	年 月 日(曜日)		
結 果	適 ・ 不適		
検 査 箇 所 (不適箇所にはレ点を入れること)			基 準 ・ 備 考
	教 室	飼育動物(飼育舎等)	・校舎、校地内に、ネズミ、衛生害虫(ゴキブリ・蚊・ハエ・樹木等の病害虫)等の生息が認められないこと。 ・発生場所、種類等は、所見欄に記載する。
	給湯設備等熱源のある場所(給湯室、保健室、家庭科室等)	樹 木 等	
	給食施設(配膳室等)	その他(プール等)	

所 見 _____

令和4年度

学校 「水泳プール(水質)」検査報告書

薬剤師会

担当学校薬剤師 名前

検査日時：_____年 _____月 _____日(____曜日) _____時 _____分

天候：_____ 気温：_____℃ 水温：_____℃

日常点検(プール日誌)の実施 (有 ・ 無)

【検査結果】

検査項目	測定値	基準
残留塩素	mg/L	0.4mg/L以上であること。また、1.0mg/L以下であることが望ましい。
pH値		5.8以上、8.6以下であること。
大腸菌	陽性 陰性	検出されないこと。
一般細菌	個/mL	200個/mL以下であること。
有機物等 (過マンガン酸カリウム消費量)	mg/L	12mg/L以下であること。
濁度	度	2度以下であること。
総トリハロメタン	mg/L	0.2mg/L以下であることが望ましい。
循環ろ過装置の処理水の濁度	度	0.5度以下であること。また、0.1度以下であることが望ましい。
水の種類	水道水 ・ 井戸水 ・ その他 ()	
消毒剤名		
成分名	次亜塩素酸ナトリウム ・ 次亜塩素酸カルシウム ・ 塩素化イソシアヌル酸	
その他の使用薬剤 (凝集剤・pH調整剤等)		

所見 _____

令和4年度

学校「水泳プール(施設・設備)」検査報告書

薬剤師会

担当学校薬剤師 名前

検査日時：_____年____月____日(____曜日) _____時____分 天候：_____

日常点検(プール日誌)の実施 (有・無)

【検査結果】

プール本体の 衛生状況等	プール、プールサイドの衛生	適 ・ 不適		
	シャワー・足洗い場の衛生	適 ・ 不適		
	腰洗い槽の衛生	適	不適	非該当
	洗眼・洗面・うがい設備の衛生	適 ・ 不適		
	更衣室の衛生	適	不適	非該当
	便所の衛生	適	不適	非該当
	薬品倉庫の管理状況	適 ・ 不適		
	機械室の管理状況	適 ・ 不適		
浄化設備及び その管理状況	浄化設備の稼働状況	適	不適	非該当
	浄化設備の管理状況	適	不適	非該当
消毒設備及び その管理状況	塩素剤の取扱い及び保管状況	適 ・ 不適		
	塩素剤注入装置の稼働状況	適	不適	非該当
	塩素剤注入装置の管理状況	適	不適	非該当
屋内プール	空気中の二酸化炭素(1500ppm以下が望ましい)	適	不適	非該当
	空気中の塩素ガス(0.5ppm以下が望ましい)	適	不適	非該当
	水平面の照度(200ルクス以上が望ましい)	適	不適	非該当
プール施設の清掃実施日	年 月 日(曜日)			
プールの使用開始日	年 月 日(曜日)			
腰洗い槽の状況	有 (使用 ・ 未使用) ・ 無			
浄化設備の種類	循環ろ過 ・ オゾン処理 ・ 紫外線処理			
ろ材の種類	砂 ・ 珪藻土 ・ カートリッジ			
循環ろ過設備の状況	プールの 容量 m ³	ろ過 能力 m ³ /時	運転 時間	時間 /日

所見

令和4年度

学校 「黒板面の色彩」検査報告書

薬剤師会

担当学校薬剤師 名前

検査日： 年 月 日 (曜日) 天候：

検査場所： (棟 階)

結果	(適 ・ 不適)		
用いた検査表の種類	黒板検査用色票 ^{※1} ・ 簡易版 ^{※2}		
黒板の色相			
黒板の明度・彩度 (適または不適)			
基準	(ア) 無彩色の色彩は、明度が3を超えないこと。 (イ) 有彩色の色彩は、明度及び彩度が4を超えないこと。		
備考	※1 黒板検査用色票を用いた場合は、表に黒板の「明度・彩度」の数字を記載すること。 ※2 簡易版を用いた場合は、表に「適または不適」を記載すること。		
設置年	年	最近の補修年月	年 月
外観の状況	良 ・ 不良 (割れ・反り・はがれ・腫れ・さび・ピンホール・ひび・その他())		
黒板面のふき取り状況	良 ・ 不良		
黒板拭きの状態	良 ・ 不良 (ふき取り面の摩耗・破損・その他())		
黒板拭きクリーナーの状態	良 ・ 不良 (故障・清掃不良・その他())		

所見
