|  |
| --- |
| 衛生管理責任者　確認日 |
|  |

従事者等の衛生管理点検表

様式４

令和　　年　　月

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | １ | ２ | ３ | ４ | ５ | ６ | ７ | ８ | ９ | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

≪点検項目≫

|  |  |
| --- | --- |
| 作業前 | 体温が37.5℃未満で、下痢や嘔吐の症状はないか。 |
| 清潔な長袖長ズボン、履物を着用しているか。 |
| 傷口は無いか、また、有る場合は、十分な傷口対応を行っているか。 |
| 消毒済みの清潔な合成樹脂製の手袋を着用しているか。 |
| 爪は短く切っているか。 |
| 指輪、ピアス等の装飾品をしていないか。 |
| 作業終了後 | 内臓摘出以降の作業では、清潔なキャップ、マスクを着用したか。 |
| 分割以降の作業では、クリーンルーム作業専用の清潔な白衣等を着用し、粘着ローラーで付着物を除去したか。 |
| ジビエ解体処理施設の各区（汚染区域、清潔区域）専用の履物を使っていたか。履物の交換が困難な場合には履物の消毒を行っていたか。 |
| 手洗いを適切なタイミングで適切な方法で行っていたか。 |
| 手洗い後には使い捨て手袋を装着して作業を行っていたか。 |
| トイレには、作業時に着用した外衣、帽子、履物のまま入っていないか。 |

|  |
| --- |
| 改善を行った事項 |
| 計画的に改善すべき事項 |