

理容所自主点検表

施設所在地 _____

施設名称 _____

施設電話番号 _____

点検日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

点検者氏名 _____

以下の項目について、点検を行い、点検結果の欄に、できている「○」、できていない「×」、該当しない場合には「－」を記入してください。できていない「×」の場合は、改善方法を具体的に記載してください。

	点検項目	点検結果	改善方法
1	皮膚に接する布及び器具(クリッパー、はさみ、くし、刷毛、ふけ取り、かみそり等)は、清潔にたもっていますか。		
2	皮膚に接する布は、客1人ごとに取り替えていますか。		
3	皮膚に接する器具は、客1人ごとに消毒又は清潔にしていますか。		
4	皮膚に接する器具(かみそり等)は、血液の付着の有無に応じて、消毒を適切に行っていますか。		
5	毛髪等がかからないよう客の身体を被う布は、清潔なものを使用していますか。		
6	顔そりに使用する石けん液は、客1人毎に取り替えていますか。		
7	消毒液は、適時取り替え、常に有効なものを使用していますか。		
8	理容行為を行う従業者は、理容師免許を有していますか。		
9	理容師である従業者の数が常時2名以上である理容所の場合、管理理容師を置いていますか。		
10	結核、伝染するおそれのある皮膚疾患にかかっている者が業務に従事していませんか。		
11	作業中は、清潔な作業服を着用していますか。		
12	顔面作業の際は、マスクを使用していますか。		
13	手指のつめは短くしていますか。		
14	手首から先は、作業の着手前に客1人毎に洗浄し、必要に応じて消毒していますか。		

<裏面もあります>

15	外傷に対する救急処置に必要な薬品及び衛生材料を常備していますか。		
16	みだりに犬(視覚障害者等を誘導する盲導犬等を除く。)、猫その他の動物を入れていませんか。		
17	機械器具、化粧品等を使用するときは、あらかじめ十分これを検査し、衛生上有害と認められないものを使用していますか。		
18	パーマントウエーブ溶剤、染毛剤等の使用にあたっては、医薬部外品、化粧品として、医薬品医療機器等法(旧薬事法)による承認を受けたものを適正に使用していますか。		
19	免許証(免許証明書)及び理容所開設検査確認証を客の見やすい場所に掲示していますか。		
20	今年度又は前年度に、保健所職員が講師を務める、衛生管理講習会を受講していますか。		
21	定められた保健所等への届出は、適切に行っていますか。 (例)理容師が変わった、椅子の数やレイアウトを変更した場合→変更届 お店をやめた場合→廃止届		

点検日時点の状況について記載ください。

理容師の人数	:	名
管理理容師の氏名:		

上記のとおり相違ないことを、証明します。

年 月 日

開設者の住所

開設者の氏名

印

(法人の場合は、法人名称及び代表者職氏名)

※保健所使用欄(以下には記入しないでください)

課長	主幹	参事	主査	課員

指導事項等