

理容所自主点検表

施設所在地 _____

施設名称 _____

施設電話番号 _____

メールアドレス _____

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(顔そりなど顔への施術)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。		
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。		

<裏面もあります>

18	パーマメントウエーブ溶剤、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	変更届は、適切に保健所等へ提出していますか。 (例) ・改姓等の理由で氏名が変わった場合 (法人の場合は代表者が変更になった場合) ・理容師が変わった場合 (見習い者及び家族従業員含む) ・椅子の数やレイアウトを変更した場合 ・改築や増築により届け出ている理容所の構造を変更した場合 (※床面積の概ね50%以上の改築又は概ね100%以上の増築及び増改築の場合は新規申請が必要。)		
21	理容所を廃止したときは、すみやかに保健所へ廃止届を提出しなければならないことを知っていますか。		

生活衛生関係施設の届出等の様式については二次元コード
又は熊本県HPのページ番号で探すに「50122」と入力して検索してください。



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:		

保健所職員が講師を務める、衛生管理講習会の案内があった場合には、参加を希望しますか。
(希望の有無について、ご回答ください。)

希望する	希望しない
------	-------

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
(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